



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8183-25

“LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS
AUTISTAS”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

SANDRA GABRIELA GUERRA DE LA PEÑA

ASESOR: M EN PC MARÍA EUGENIA NICOLÍN VERA

TALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi tía Gaby

En honor a su amor,

esfuerzo,

y dedicación.

AGRADECIMIENTOS

A todos lo que están y que me han acompañado a lo largo de este proceso y a los que ya se fueron...

A mi mamá, de quién orgullosamente recibí la vida, que ha sido mi pilar y que con el ejemplo, esfuerzo, amor y constancia, me ha guiado por la vía en la que me conduzco. Quien de la mano me llevo a la escuela y que de la misma forma me ha enseñado el camino de la vida.

A mi tío Edgardo que siempre ha estado a mi lado, apoyándome en todo y más allá de los límites. A quien ha sido más que un tío para mí.

A mi hermana por ser parte de mí, mi compañera, mi amiga, mi confidente. De quien he aprendido el verdadero significado de la lucha y el intento. Con quien he compartido todo y lo que nos ha unido más todavía.

A mi abuela quien me ha cobijado y está siempre dispuesta a acompañarme y escucharme, brindando el comentario oportuno. Por su apoyo y su ayuda.

A Charlie que más que un primo ha sido mi hermano; por su confianza, gran cariño y apoyo, las eternas pláticas e infinidad de momentos.

A mi tía Aura por su amor y apoyo incondicional, quien siempre me ha alentado a hacer lo que en verdad deseo, a seguir mis instintos y a guiarme con el corazón. Por su escucha y grandes consejos.

A Pepe, con quien he compartido casi la mitad de mi vida, por la ilusión que estamos disfrutando ahora que empezamos una nueva etapa. Por su amor y su entrega.

A mi papá que me dio la gran dicha de la vida. Con quien me gustaría compartir la felicidad que vivo en estos momentos y que me cuida desde donde se encuentra.

A mis grandes amigos: Ire, Cor, Bernie, Elo, Dan, Mikel, Isaac y Nona con quienes aprendí más que "Psicología"; cada uno de ellos ha dejado gratos recuerdos en mí con su particular forma de hacer las cosas. Por el gran cariño que existe y por lo que nos falta por hacer.

A Ana Vi y Charlie por cada momento invertido en este proyecto; los espacios, formatos, tablas, etc. Por su paciencia, tolerancia, apoyo, conocimiento y habilidades.

A Blanca quien se presentó en mi camino y me ayudó mucho cuando necesite aclarar mis ideas y sentimientos, me acompañó en momentos difíciles y me enseñó a conducirme de una manera más plena.

A Maru Nicolín quien me guió en este proceso y en mi vida educativa. Por su impulso y apoyo.

A mis maestros quienes dieron forma a mis sueños, especialmente Ma. Carmen Franco y Alfonso Cruz, por sus clases, su entrega, disposición y el conocimiento que me transmitieron más allá de los libros y las tareas.

INDICE

Resumen	
Introducción	1
I Autismo	4
A. Definición	4
B. Desarrollo	5
C. Características	10
D. Etiología	14
E. Pronóstico	15
F. Tratamiento	16
1. Definición	16
2. Tipos	17
II. Función del psicólogo clínico	21
A. Definición	21
B. Cualidades	38
C. Especialización	46
D. Campo de trabajo	49
III. La función del psicólogo clínico en el tratamiento de niños autistas	54
Referencias	58

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo el analizar la función del psicólogo clínico en el tratamiento de niños autistas.

Contiene la información acerca del trastorno autista desde su definición hasta los diferentes tipos de tratamientos, incluyendo una tabla comparativa del desarrollo normal y el desarrollo de niños autistas, las características propias del trastorno, niveles, etiología, prevalencia y pronóstico. Se presenta también la función del psicólogo clínico en cuanto a las cualidades que debe poseer, especialización y su campo de trabajo.

Esta investigación está dirigida a todo especialista de la salud que pudiera tener la oportunidad de apoyar con su conocimiento a los niños y a las familias.

Palabras clave: trastorno, autismo, comportamiento, comunicación, socialización, psicólogo clínico, terapia, tratamiento, especialistas y núcleo familiar.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las últimas versiones de las dos clasificaciones internacionales de trastornos mentales más importantes (DSM-IV y ICD-10), el autismo está incluido dentro de la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y se le denomina Trastorno Autista. Los TGD son, de alguna manera, la categoría que ha sustituido en estos dos sistemas de clasificación al término psicosis infantil, que en el caso del DSM ya fue eliminado de la versión de 1980 (DSM-III), aduciéndose en aquel entonces que el concepto de psicosis infantil era poco operativo e inducía a la confusión y el error.

Según el DSM-IV (APA, 1994) los TGD se caracterizan por: una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto.

Aparte de las definiciones de los síntomas primarios y asociados, de los datos epidemiológicos, o de los criterios para el diagnóstico diferencial, la importancia del DSM-IV como herramienta para el diagnóstico del autismo estriba en la existencia de unos criterios relativamente operativos, que facilitan el acuerdo entre distintos observadores.

También conocido a veces como autismo infantil temprano, autismo infantil o autismo de Kanner, es el trastorno caracterizado por un desarrollo anormal del pensamiento, de la capacidad de comunicarse y de la conducta social, con un repertorio de actividades e intereses sumamente restringido. Altera el procesamiento de la información recibida mediante los sentidos, lo que produce en los sujetos afectados una reacción exagerada ante algunas sensaciones (imágenes, sonidos, olores, etc.) y falta de respuesta ante otras.

El deterioro causado por el autismo da lugar a un conjunto de comportamientos extraños. Los síntomas, que suelen aparecer antes de los 3 años, pueden variar notablemente de un niño a otro.

La alteración debe manifestarse por definición antes de los 3 años de edad por retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje tal como se utiliza en la comunicación social o juego simbólico o imaginativo; es decir, que deben manifestarse un conjunto de trastornos (síntomas) relacionados con la comunicación, la socialización y la conducta (biológico – psicológico – social).

Aunque en algunas ocasiones se haya descrito un desarrollo relativamente normal durante 1 o 2 años, no existe típicamente período alguno de desarrollo inequívocamente normal. En una minoría de casos, los padres dan cuenta de una regresión del desarrollo del lenguaje, generalmente manifestada por el cese del habla después de que el niño ha adquirido de 5 a 10 palabras.

Una vez descrita la definición del Autismo será de suma importancia resaltar el papel del psicólogo en el tratamiento de dicho trastorno. Es su ámbito de competencia en sentido terapéutico, son muchas las terapias relacionadas, y el especialista es quien le ayuda al niño a tener un mejor desarrollo y de esta manera, mejorar su calidad de vida.

No es posible limitarse a un solo tipo de terapia, ya que el paciente necesita apoyo también en áreas tales como la comunicación, auditiva, de alimentación, social y ocupacional entre otras; sin dejar de mencionar los tratamientos también utilizados. Cuando se utilizan varias terapias en conjunto se puede observar una mejor evolución a pesar de que el infante no llegará a perder las características propias del trastorno. El niño autista responderá mejor a

tratamientos y terapias cuando perciba el apoyo brindado por su familia, su aceptación y su continuo trabajo como apoyo a las terapias.

Existen diferentes tipos de terapias y tratamientos que son brindados a los pacientes que padecen este trastorno, sin embargo, el objetivo de este proyecto será el profundizar en la función del psicólogo clínico con la finalidad de ofrecer mayor información a los profesionales de la salud involucrados en este trastorno.

I Autismo

A. Definición

También conocido a veces como autismo infantil temprano, autismo infantil o autismo de Kanner, es el trastorno caracterizado por un desarrollo anormal del pensamiento, de la capacidad de comunicarse y de la conducta social, con un repertorio de actividades e intereses sumamente restringido. Altera el procesamiento de la información recibida mediante los sentidos, lo que produce en los sujetos afectados una reacción exagerada ante algunas sensaciones (imágenes, sonidos, olores, etc.) y falta de respuesta ante otras.

El deterioro causado por el autismo da lugar a un conjunto de comportamientos extraños. Los síntomas, que suelen aparecer antes de los 3 años, pueden variar notablemente de un niño a otro.

La alteración debe manifestarse por definición antes de los 3 años de edad por retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje tal como se utiliza en la comunicación social o juego simbólico o imaginativo; es decir, que deben manifestarse un conjunto de trastornos (síntomas) relacionados con la comunicación, la socialización y la conducta (biológico – psicológico – social).

Aunque en algunas ocasiones se haya descrito un desarrollo relativamente normal durante 1 o 2 años, no existe típicamente período alguno de desarrollo inequívocamente normal. En una minoría de casos, los padres dan cuenta de una regresión del desarrollo del lenguaje, generalmente manifestada por el cese del habla después de que el niño ha adquirido 5 a 10 palabras.

B. Desarrollo

El Síndrome autista se manifiesta entre el primer y tercer año de vida. Al surgir la sintomatología ocurre una detención del desarrollo, una regresión, ya que pierden las habilidades adquiridas; se puede confundir con otros trastornos o discapacidades (retraso mental, hipoacusia, epilepsia, Síndrome de Down, trastorno de Asperger, trastorno de Rett).

En algunos casos los padres explican que se preocuparon por el niño desde el nacimiento o muy poco después, dada su falta de interés por la interacción social. Durante la primera infancia las manifestaciones del trastorno son más sutiles, resultando más difíciles de definir que las observadas tras los 2 años de edad. En una minoría de casos el niño puede haberse desarrollado normalmente durante el primer año de vida (o incluso durante sus primeros 2 años).

El trastorno autista tiene un curso continuo. En niños de edad escolar y en adolescentes son frecuentes los progresos evolutivos en algunas áreas (p. ej., interés creciente por la actividad social a medida que el niño alcanza la edad escolar). Algunos sujetos se deterioran comportamentalmente durante la adolescencia, mientras que otros mejoran.

Las habilidades lingüísticas (p. ej., presencia de lenguaje comunicativo) y el nivel intelectual general son los factores relacionados más significativamente con el pronóstico a largo plazo. (Masson, (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV).

Características evolutivas del autismo:	Características del desarrollo normal:
<p style="text-align: center;"><u>Primer año:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bebé menos alerta a su entorno. - No se interesa por su entorno. - Permanece en la cuna por horas sin requerir atención. - No responde al abrazo de la madre. - Son difíciles de acomodar en los brazos. - La sonrisa social (cuatro meses) no aparece. - Puede parecer contento, pero su sonrisa no es social. - Rara vez ve el rostro materno. - No diferencia a los familiares. - Está desinteresado por las personas en general. - Los juegos le resultan indiferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce palabras familiares. - Sonríe en respuesta a la gente. - Manifiesta interés por otros bebés. - Surge ansiedad de separación y ante los extraños. - Balbucea e imita los sonidos del lenguaje. - Surgen emociones básicas: dicha, sorpresa, tristeza, enojo y disgusto. - Se comunica con gestos. - Aprende sus primeras palabras.

- Lloran largo rato sin causa alguna.

Segundo y tercer año:

- Falta de respuesta emocional hacia los padres.

- Falta de lenguaje (ausencia de comunicación verbal).

- No hay contacto visual.

- Producen movimientos repetitivos (mecerse, golpearse la cabeza, aletear las manos).

- Tienen carencia de dolor.

- Se asustan de los ruidos.

- Llanto desconsolado sin causa aparente.

- No usan juguetes.

- No usan carritos, los voltean y hacen girar las ruedas.

- Tienen un retraso en la adquisición del cuidado personal.

- El niño entiende el significado de las palabras.

- Aparecen las referencias sociales.

- Aparece una etapa inicial de empatía.

- El apego influye en la calidad de las relaciones con los demás.

- Realiza juegos constructivos.

- Surgen los primeros enunciados (telegráficos).

- Ocurre la explosión de nombres.

- Respuestas empáticas más apropiadas y menos egocéntricas.

- El niño mide estados emocionales en los demás.

- Explica relaciones causales conocidas.

- Es notable el interés por otras personas.

- Regula las reglas del lenguaje y

- No controlan esfínteres.

Niñez:

Continúan los mismo trastornos de conducta que en los primeros años pero se acentúa, se hacen cada vez más evidentes, se diferencian de los niños de su misma edad.

- No se visten solos.

- No se relacionan con los niños.

- Prefieren jugar solos.

- No presentan experiencias ni vivencias propias.

- El lenguaje es defectuoso.

- Presentan ataques violentos, agresivos y sin provocación alguna.

aprende palabras a diario.

- Juego coordinado con los demás.

- Se viste con un poco de ayuda.

- Aumenta en la velocidad del lenguaje.

- El juego imaginario tiene temas sociodramáticos.

- La culpa alcanza su grado máximo.

- Mejora el equilibrio y control del cuerpo.

- Mejoran habilidades prácticas del lenguaje.

- El juego brusco es común en los niños como forma de competencia y dominio.

- La comprensión en la sintaxis y la estructura de los enunciados es más compleja.

- Las amistades se vuelven más íntimas.

Adolescencia – adultez:

En esta etapa los trastornos son similares a los de individuos retardados mentales, ya que el funcionamiento del autismo adolescente o adulto dependerá de factores como:

- Lenguaje: factores determinantes para manifestar sus necesidades.

- Hábitos de autoayuda: pretende llevar una vida independiente, debe saberse capaz de autoayudar en normas de higiene personal, alimentación, vestimenta. Puede abastecerse solo si es educado desde pequeño, lleva mucho tiempo en entrenarse y resulta una tarea muy difícil.

- Entiende cerca de 80 000 palabras,

- Cada vez es más capaz de expresar emociones y entender sentimientos de los demás.

- Aumenta la capacidad del razonamiento hipotético-deductivo.

- La base del conocimiento sigue creciendo.

- Aumenta su independencia con respecto a los padres.

- Las amistades son más que

	Íntimas.
--	----------

C. Características

En la mayor parte de los casos existe un diagnóstico asociado de retraso mental, habitualmente en un intervalo moderado (CI 35-50). Aproximadamente el 75 % de los niños con trastorno autista sufre retraso. Pueden existir alteraciones del desarrollo de las habilidades cognitivas. El perfil de las habilidades cognitivas suele ser irregular, cualquiera que sea el nivel general de inteligencia.

En muchos niños con un trastorno autista funcionalmente superior, el nivel de lenguaje receptivo (o sea, la comprensión del lenguaje) es inferior al del lenguaje expresivo (p. ej., vocabulario).

Los sujetos con trastorno autista pueden presentar una amplia gama de síntomas comportamentales, que incluyen hiperactividad, campo de atención reducido, impulsividad, agresividad, comportamientos autolesivos y, especialmente los niños pequeños, pataletas.

Pueden observarse respuestas extravagantes a los estímulos sensoriales, conductas autolesivas, producirse irregularidades en la ingestión alimentaria o en el sueño y alteraciones del humor o la afectividad. Cabe observar una ausencia de miedo en respuesta a peligros reales y un temor excesivo en respuesta a objetos no dañinos. En la adolescencia o en los inicios de la vida adulta, los sujetos con trastorno autista y capacidad intelectual suficiente pueden deprimirse en respuesta a la toma

de conciencia de su déficit. (Masson, (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV).

Las características asociadas al autismo se dividen en tres categorías:

1. Comunicación: (biológico) las habilidades de comunicación de las personas con síndrome autista son unas de las de mayor dificultad. El lenguaje expresivo y receptivo son de gran importancia, pero en una persona autista esto parece no serlo ya que ellos no se comunican con los otros, están como sumergidos en su propio mundo, tienen una incapacidad para establecer una comunicación, sus respuestas están afectadas por sus sentidos. Más del 50% no tiene lenguaje verbal.

2. Comportamiento: (psicológico) Sus conductas son involuntarias, experimentan dificultades sensoriales por una inadecuada respuesta a los estímulos externos. No temen a los peligros, no expresan sus emociones, tienen movimientos repetitivos, mirada perdida, evitan el contacto con la vista, gritan sin causa, no tienen principio de realidad. No tienen formada su estructura psíquica.

No es raro que el autista no muestre interés en aprender. El aprende de acuerdo con sus percepciones y sus intereses, pero le es difícil compartir nuestro modelo pedagógico, basado en la introyección de unas motivaciones e intereses en adquirir habilidades cognitivas y conocimientos. La capacidad intelectual del autista puede ser buena, incluso alta, pero su direccionalidad y utilización no necesariamente sigue el curso que se impone en el entorno escolar.

Una característica muy común es la ignorancia del peligro. El niño normal aprende que se puede hacer daño porque se lo enseñan sus padres; le explican lo que no debe hacer, para evitar lesionarse. Pero el autista, puede ser que no adquiera más que una noción muy simple del sentido de protección.

3. Socialización: (social) esta categoría es la más dificultosa porque no se relacionan con los demás, no se dan cuenta de las diferentes situaciones sociales ni de los sentimientos de los otros, prefieren estar solos. Se relacionan mejor con los objetos que con las personas. El síntoma más típico del autismo es la falta de reciprocidad en la relación social. Las claves de la empatía están ausentes o son rudimentarias. El autista observa el mundo físico, ha veces con una profundidad y intensidad no habitual.

La realidad audible y visible es el mundo que él entiende y que quizás le resulta coherente. Esta realidad puede ser para el autista placentera o ingrata, pero no puede compartir las sensaciones que experimenta con sus semejantes. Por ello, en ocasiones resultan críticos su alegría o su enfado.

El autista suele prescindir del movimiento anticipatorio de brazos que suelen hacer los niños cuando detectan que los van a tomar en brazos. En ocasiones evitan las caricias y el contacto corporal; aunque a veces, por el contrario, lo buscan y desean ardientemente, como si esta fuera su forma de comunicación con las personas que siente como seres extraños. El autista utiliza al adulto como un medio mecánico que le satisfaga sus deseos.

En el colegio, se evade de la interacción social que establecen los niños entre sí. Su conducta es "distinta". No comparte los intereses de la mayoría, sus acciones no parecen tener objetivo, o este es constantemente cambiante.

En el trastorno autista, la naturaleza de la alteración de la interacción social puede modificarse con el paso del tiempo, pudiendo variar en función del nivel de desarrollo del individuo. En los niños pequeños cabe observar incapacidad para abrazar; indiferencia o aversión hacia las manifestaciones de afecto o de contacto físico; ausencia de contacto ocular, respuestas faciales o sonrisas dirigidas socialmente, e incapacidad para responder a la voz de sus padres.

Como resultado de todo ello, los padres pueden estar inicialmente preocupados ante la posibilidad de que su hijo sea sordo. Los niños autistas pueden tratar a los adultos como seres intercambiables o aferrarse mecánicamente a una persona específica. A lo largo del desarrollo, el niño puede hacerse más dispuesto a participar pasivamente en la interacción social e incluso puede interesarse más en ella.

En los sujetos de más edad cabe observar un excelente rendimiento en tareas que implican memoria a largo plazo, pero la información en cuestión tiende a repetirse una y otra vez, sea o no sea propia en relación con el contexto social. (Masson, (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV).

Niveles de autismo de acuerdo a su grado de inteligencia

Nivel alto

- Su forma de relación es inusual extraña orientada a sus necesidades.
- No hay tantas conductas estereotipadas, sin embargo se presentan actitudes obsesivas.
- Presencia de representaciones mentales rudimentarias pero hay falla al utilizarse de manera significativa y propositiva.
- Su juego puede ser funcional y simbólico.

- Posee lenguaje de uso cotidiano y con ideas concretas, con ecolalia, inversión pronominal y fallas en el lenguaje pragmático y espontáneo.
- Logran desarrollar habilidades sociales y académicas.

Nivel medio

- Su forma de relación es limitada, no mantiene una interacción espontánea
- No logra verdaderos aprendizajes se concreta a aprendizajes de hábitos.
- Presenta conductas estereotipadas, como girar objetos repetitivamente.
- Hay lenguaje, repetitivo sin sentido pero llegan a comprender lenguaje sencillo y concreto.
- Su juego es básicamente motor y sensorial monótono y perseverante.
- Pueden manipular o usar los objetos de manera peculiar para autoestimularse.

Nivel bajo

- Su interacción es mínima se mantiene indiferente y aislado.
- Hay un precario desarrollo mental.
- Presentan conductas estereotipadas, como girar objetos repetitivamente, siendo esta su única actividad.
- No hay lenguaje y su comprensión es muy limitada

D. Etiología

El Autismo no tiene una sola causa. Los investigadores creen que algunos genes, así como factores ambientales tales como virus o químicos, contribuyen al desorden.

Los estudios de personas con autismo han encontrado anormalidades en algunas regiones del cerebro, incluyendo el cerebelo, la amígdala, el hipocampo, el septo y los cuerpos mamilares. Las neuronas en estas

regiones parecen ser más pequeñas de lo normal y tienen fibras nerviosas subdesarrolladas, las cuales pueden interferir con las señales nerviosas. Estas anomalías sugieren que el autismo resulta de una ruptura en el desarrollo del cerebro durante el desarrollo fetal.

Otros estudios sugieren que las personas con autismo tienen anomalías en la serotonina y otras moléculas mensajeras en el cerebro. A pesar de que estos hallazgos son intrigantes, éstos son preliminares y requieren más estudios. La creencia inicial de que los hábitos de los padres eran los responsables del autismo ha sido ahora refutada.

Otros desórdenes, incluyendo el síndrome de Tourette, impedimentos en el aprendizaje y el desorden del déficit de la atención, a menudo ocurren con el autismo pero no lo causan.

Debido a razones aún desconocidas, alrededor del 20 al 30 por ciento de las personas con autismo también desarrollan epilepsia cuando llegan a la etapa adulta. Aunque personas con esquizofrenia pueden mostrar comportamiento similar al autismo, sus síntomas usualmente no aparecen hasta tarde en la adolescencia o temprano en la etapa adulta. La mayoría de las personas con esquizofrenia también tienen alucinaciones y delusiones, las cuales no se encuentran en el autismo.

Prevalencia

El trastorno se presenta en los varones con una frecuencia cuatro a cinco veces mayor que en las mujeres. Sin embargo, las mujeres autistas son más propensas a experimentar un retraso mental más grave. Los estudios epidemiológicos sugieren unas tasas de trastorno autista de 2-5 casos por

cada 10.000 individuos. (Masson, (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV).

E. Pronóstico

El pronóstico del autismo es extremadamente variable. Depende del grado de gravedad (cuántos más síntomas existan peor será el pronóstico) y de la respuesta que presente el niño a la estimulación. Los autistas, a lo largo de la vida, pueden llegar a una adaptación considerada aceptable. Pueden incluso mantener un contacto social, mínimo pero gratificante, en ambientes bien estructurados, especialmente en el seno de la familia si ésta aprende a relacionarse con ellos sin rechazos ni renuencias.

Tal adaptación depende, en cada caso concreto, de sus particularidades especiales. Los más brillantes intelectualmente llegan a tomar amarga conciencia de sus limitaciones, y, aún a pesar de sus esfuerzos, rara vez logran sentirse seguros de sí mismos o llegan a mantener contactos sociales amplios.

Los estudios de seguimiento realizados hasta la fecha sugieren que sólo un pequeño porcentaje de sujetos autistas adultos llegan a vivir y trabajar autónomamente. Alrededor de un tercio de los casos alcanza algún grado de independencia parcial. Los adultos autistas que funcionan a un nivel superior continúan teniendo problemas en la interacción social y en la comunicación, junto con intereses y actividades claramente restringidos.

F. Tratamiento

1. Definición

La función del psicólogo clínico consiste en la prevención, diagnóstico y tratamiento de todo tipo de trastornos conductuales que pueda presentar una persona.

- Evaluar a las personas con incapacidades mentales, administración de pruebas psicológicas a pacientes con daño cerebral, diseño de programas de rehabilitación para enfermos psiquiátricos, crónicos y para evaluar a ancianos en cuanto a su capacidad mental para vivir de manera independiente en sus hogares.
- Planificación y ejecución de programas de terapia, en general y terapia modificada conductual.

El campo de acción es muy grande y abarca desde pequeños desajustes en la relación del individuo con su medio (neurosis, fobias, timidez, etc.), hasta patologías, que desestructuran casi por completo la personalidad del sujeto y cuyo tratamiento presenta muchas dificultades.

Terapia: Es el método de trabajo del psicólogo que consiste en habilitar, rehabilitar y apoyar a la o a las personas que soliciten su servicio para la mejora en su calidad de vida.

2. Tipos

Terapia Conductual: Se le conoce también como método Lovaas (por Ivar Lovaas, uno de los principales precursores de la actualidad), ABA o Skinner y está basada en el conductismo. Esta terapia enseña habilidades por medio de reforzadores y aversivos (premio y castigo). Poco a poco, desintegrando la conducta y yendo paso a paso. Sirve para el establecimiento de conductas aunque es poco funcional con respecto a la interacción social. Tiene como

objetivo un niño que no se distinga del resto aunque es muy poco probable que esto suceda.

TEACCH: Se basa en la comunicación visual, por medio de imágenes y símbolos que representan conceptos o palabras. Este tratamiento es una excelente opción una vez que los niños con autismo están bajo control instruccional y fijan su atención. Sirve para que el niño consolide habilidades y realice actividades socialmente aceptables, adaptándose a su ambiente.

PECS (Picture Exchange Communication System): Método de comunicación visual y de lecto-escritura que ha sido aplicado con bastante éxito en algunos estados de la unión americana. Se utilizan tarjetas con dibujos de los gustos del niño con la finalidad de entregarla a un adulto quién le proveerá lo que necesite. Este modelo mejora notablemente las habilidades de comunicación del niño en expresión de necesidades y deseos al mismo tiempo que le apoya para el desarrollo social.

Tratamiento Químico y/o Fármaco: Es el tratamiento por medicamentos, ya que existen casos en los que el niño tiene alguna disfunción (por ejemplo, epilepsia). Los medicamentos deben administrarse bajo estricta vigilancia médica. Siempre en continua comunicación con un neurólogo pediatra.

Dieta libre de Gluten y Caseína: Este tratamiento se refiere a la restricción de alimentos que tengan estos compuestos, los cuales se encuentran principalmente en las harinas de trigo y en los lácteos. En algunos casos sus resultados son favorables, es una buena opción por no tener efectos secundarios. Antes de iniciarla, se recomienda quitar los azúcares para poder realizar una valoración más objetiva. El fin es mejorar el funcionamiento conductual, cognitivo y social. El niño mejora su salud, comportamiento, regula

su ansiedad, atiende y comprende mejor las cosas y su capacidad de adaptación es progresivamente cada vez mejor.

Vitaminosis: Consiste en proveer al niño de una serie de vitaminas. Algunos estudios han demostrado que algunos niños carecen o tienen insuficiencia de ellas. Entre las más frecuentes están las vitaminas del complejo B (B6 y B12).

Método Tomatis y Berard: Este método se basa en el adiestramiento auditivo del niño que tiene autismo y con ello abrir canales en su cerebro. Esta terapia es muy sugerida cuando el niño muestra demasiada sensibilidad a los ruidos. Este método apoya al niño en el área de la comunicación.

Musicoterapia: Este método busca el vínculo con el niño a través de la música y el ritmo. En algunos niños ha dado buenos resultados.

Delfinoterapia: Es muy recomendable independientemente de sus ventajas o desventajas, ya que será una gran experiencia para el niño. El sonar del delfín emite unas ondas sonoras electromagnéticas cuya intensidad solo es comparada con la máquina de soldar metales (8.2 watts). Lo cual produce una estimulación en todo el sistema nervioso central, que pone a trabajar y conecta las neuronas, que tenemos inactivas en nuestro cerebro.

En el caso específico del Autismo, donde una de las teorías más fuertes es la ausencia parcial o total de neurotransmisores, se estimula directamente al hipotálamo a producir endorfinas que son las células neurotransmisoras y estimula la producción de la hormona ACTH, la cual produce en los pacientes, sensación de estabilidad (sensación de estar en equilibrio emocional).

Hipoterapia: Es una terapia donde se usa el movimiento tridimensional del caballo para estimular los músculos y las articulaciones, su beneficios no son solo a nivel físico igual existe un efecto a nivel cognitivo y emocional, puesto

que el niño en su relación con el caballo rompe el aislamiento con respecto al mundo, facilita que el niño supere sus temores, hace disminuir las tensiones e inhibiciones del niño con autismo.

El tiempo del suelo (**floor time**) consiste en una serie de técnicas para ayudar a los padres y profesionales a abrir y cerrar círculos de comunicación, con el objeto de fomentar la capacidad interactiva y de desarrollo del niño. Para formularlo de modo sencillo, el tiempo del suelo es una interacción no estructurada, dirigida por los propios intereses del niño. Los profesionales o los miembros de la familia pueden turnarse para trabajar con el niño en sesiones de 20-30 minutos, hasta llegar como máximo a ocho sesiones diarias, según las necesidades del niño.

El objetivo del tiempo del suelo es estimular la interacción cara a cara, uno-a-uno. Esto puede implicar un “cortejo” activo al niño, para que éste responda a sus señales.

El tiempo del suelo moviliza las capacidades interactivas del autista, así como su capacidad relacionada con la percepción, el lenguaje, la exploración motora y el proceso sensorial.

II. Función del psicólogo clínico

A. Definición

El psicólogo clínico es el especialista que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que puedan manifestarse.

Para los confines de esta investigación, se utilizaron las palabras: sujetos y clientes como sinónimo de: pacientes.

Funciones

Las funciones del Psicólogo Clínico son variadas. No obstante, tal variedad se puede agrupar en las siguientes actividades, que a su vez requieren determinadas especificaciones.

1. Evaluación

Consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona pudiendo tomar, a veces, como objetivo central dos o más, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos o colectivos.

Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la orientación vocacional, la selección de candidatos a un puesto de trabajo, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, la selección de participantes potenciales en un proyecto de investigación psicológica, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y otros numerosos propósitos.

En general, los instrumentos más usuales son algún tipo de test, cuestionarios, entrevistas, observaciones y aparatos psicofisiológicos. A menudo estos procedimientos se utilizan en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple.

2. Diagnóstico

Consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como “resultado” del proceso de evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo clínico y de la salud habrá de tomar decisiones, entre las que hay que destacar las siguientes:

- Decisión sobre si se trata de un problema que cae dentro de su competencia o no.
- Decisión sobre el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se ofrecen del problema.
- Diagnóstico si procede.
- Especificación del problema en términos operativos.
- Indicación del tratamiento.

3. Tratamiento e Intervención

El tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros.

Se entiende que todo tratamiento o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva (o cognitivo-conductual), terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico, o puede todavía reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del clínico.

La prestación del tratamiento puede ser en aplicación individual, en pareja, o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo. Las personas pueden ser pacientes externos o pacientes internos (residentes en una institución).

La duración del tratamiento suele ser por lo general entre cinco y cuarenta sesiones (comúnmente a razón de una o dos por semana), pero también pueden ser tan corto como una sesión y tan largo como que lleve varios años. La duración más frecuente de una sesión está entre media y una hora, pero también puede variar según las circunstancias y la naturaleza de la terapia.

En cuanto al formato de las sesiones, pueden ir desde una relación colaboradora altamente estructurada hasta interacciones menos estructuradas, así como consistir en construcciones sistemáticas de nuevas conductas, en la promoción de manifestaciones emocionales, y en toda una variedad de

maneras, incluyendo las aplicaciones fuera de la clínica en contextos de la vida cotidiana.

Los objetivos del tratamiento (convenidos con el cliente) pueden concretarse en la solución de un problema específico, proponerse la reconstrucción de la personalidad, o algún propósito entre estos dos extremos. Igualmente, además del interés en el entendimiento, el alivio de la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo clínico puede incluir la prevención de problemas mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

En algunos casos, la actividad del psicólogo clínico ha de ser entendida como intervención, más que como Tratamiento en el sentido estricto. Se trata en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta. Como por ejemplo, modificar los flujos de información en una sala médica para reducir los niveles de ansiedad de los enfermos, ejecución de una campaña de sensibilización de una comunidad para aumentar su participación en programas de prevención, etc.

4. Consejo, Asesoría, Consulta y Enlace

Se refiere aquí al consejo de experto que el psicólogo clínico proporciona para una variedad de problemas a petición de alguna organización, incluyendo, en primer lugar, el contacto continuado entre un psicólogo como consultor técnico y los otros profesionales de cualquier servicio dentro del sistema sanitario. En este caso, el trabajo del psicólogo se integra en el del cuidado general de estos pacientes de forma permanente. La intervención del psicólogo, en este caso, es la de un "consultor técnico".

El psicólogo diseña en colaboración y colabora en la ejecución, de programas

para modificar, o instalar conductas adecuadas, como es el caso de programas referidos a las conductas de cumplimiento o adherencia al tratamiento; o para modificar conductas que constituyen un factor de riesgo añadido para la salud del paciente, o que pueden dificultar su recuperación o rehabilitación.

Las organizaciones consultantes pueden ser muy diversas, además de la sanitaria: desde médicos y abogados en práctica privada, hasta agencias gubernamentales, entidades judiciales y corporaciones multinacionales, así como centros educativos y de rehabilitación, sociedades y asociaciones.

Se incluye en esta actividad de consulta el servicio de asesoría clínica proporcionado a otros psicólogos que lo requieran. Consiste en recibir asesoramiento de un experto sobre un caso que está siendo objeto de atención profesional por parte del psicólogo clínico. Igualmente, se incluirá la supervisión clínica, donde el experto evalúa la competencia profesional del psicólogo clínico (pudiendo emitir una certificación a petición del interesado).

La consulta se puede tipificar por el objetivo, la función desempeñada y el lugar de la responsabilidad. El objetivo puede estar orientado al caso, de modo que a su vez el consultor trate con él directamente o bien proporcione consejo a terceros, o puede estar orientado a la organización o programa (como sea, por ejemplo, la evaluación de programas en curso).

La función desempeñada se puede resolver como consejo (acerca de casos, organizaciones o programas), servicio directo (evaluación, psicodiagnóstico, tratamiento, intervención en cambios organizacionales, arbitraje de experto), o enseñanza (formación en tareas específicas, entrenamiento de personal, orientación en el uso de instrumentación psicológica) y otras formas. En cuanto al lugar de la responsabilidad, se refiere a si la responsabilidad por las consecuencias debidas a la solución ofrecida al problema de una organización recae en el clínico consultado o permanece, como es más frecuente en la propia organización consultante.

5. Prevención y Promoción de la Salud

Las funciones preventivas y promotoras de salud se centrarán en:

- Capacitar a los mediadores de las redes sociosanitarias de la comunidad para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de la problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.
- Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.
- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la promoción y prevención.

6. Investigación

El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionales de la salud y así, la investigación ha llegado a constituir una contribución reconocida en el contexto clínico y de intervención comunitaria. Las investigaciones del psicólogo clínico se llevan sobre todo en los propios contextos aplicados y, a menudo, formando parte de las prestaciones profesionales, pero también se llevan en laboratorios disponiendo ya de mejores condiciones para estudios controlados.

Las áreas de investigación por parte del psicólogo clínico incluyen desde la construcción y validación de tests hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos.

Esta orientación a la investigación del psicólogo en el marco de la salud tiene importancia, al menos por las tres siguientes razones: por un lado, permite evaluar críticamente la ingente cantidad de investigaciones que de continuo se publican, para discriminar posibles nuevas aportaciones y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus clientes. Por otro lado, es una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas espúreas clínicamente sostenidas por la inercia y se promueva una mejor actuación profesional.

Finalmente, constituye una dotación facultativa con la que se contribuye al trabajo en equipo en contextos médicos (hospitalarios y centros de salud) donde ya se espera esta destreza por parte del psicólogo.

7. Enseñanza y Supervisión

La dedicación a la enseñanza y formación a otros en tareas clínicas y de la salud, tiene varias modalidades. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza tanto en cursos de graduación facultativa como de postgrado, en áreas de personalidad, psicopatología, psicología anormal, evaluación clínica, psicodiagnóstico, terapia o modificación de conducta, psicoterapia, técnicas de intervención y tratamiento, intervenciones comunitarias, diseño de investigación y otras.

La supervisión de un practicante es un tipo especial de enseñanza en la que el psicólogo clínico aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. El modelo consiste, por lo general, en que el estudiante asista a las sesiones que se estimen convenientes y viables o incluso realice alguna

tarea con el cliente y se reúna entre sesiones con el supervisor. En todo caso, el cliente siempre conoce la condición de estudiante en prácticas y de que el responsable es el supervisor. Esta supervisión puede ser individual o en pequeños grupos.

Asimismo, son usuales también otras tareas en que se muestre al estudiante la práctica profesional, tales como la aplicación, corrección y valoración de pruebas o la aplicación de ciertas técnicas, así como la asistencia a sesiones clínicas. Es obvio también que el estudiante está obligado a la confidencialidad en el mismo sentido que el clínico.

8. Dirección, Administración y Gestión

Este tipo de función tiene más que ver con la colaboración con la gerencia del sistema sanitario: es básicamente una función de gestión de recursos humanos cuyo objetivo es mejorar el desarrollo de los servicios, mediante la mejora de la actuación de los profesionales sanitarios y del sistema mismo.

Un primer aspecto de esta función es el de ordenación de la tarea global en el sistema sanitario. A esa función se le podría denominar función de coordinación (que actualmente se cubre en cierto modo desde el "Servicio de Atención al Usuario").

Para cumplir tal función, el psicólogo actúa como experto en relaciones humanas e interacción personal, en dinámica de grupos, y se ofrece a los equipos de salud como coordinador de actividades y asesor en la solución de las posibles dificultades que pueden surgir de la interacción, colaborando en la mejora de la calidad de tal interacción entre los diferentes miembros del equipo, y entre los diferentes equipos, a fin de optimizar el rendimiento de los dispositivos asistenciales.

El cumplimiento de esta función conlleva, primero, el estudio y establecimiento de la mejor forma de adecuar los recursos humanos a los fines del sistema; y segundo, la evaluación y valoración periódica de la aportación de los trabajadores en las mejoras o retrocesos en los servicios y resultados que reciben los usuarios de la organización sanitaria (en estrecha conexión con el análisis de la calidad de la asistencia).

En consecuencia, el psicólogo clínico y de la salud en el cumplimiento de esta función actuará:

- Como experto (“Consultor técnico”), al ofrecer asesoramiento a los directores y jefes de línea en asuntos que afectan a las relaciones laborales para afrontar y manejar los problemas que se puedan presentar, formulando y ejecutando tratamientos específicos y/o globales (según los casos).
- Como auditor, evaluando y valorando el desempeño de los directivos administrativos, jefes de servicio y jefes de enfermería, en cuanto a la implantación y desenvolvimiento de las políticas de personal y en cuanto a la humanización de la asistencia, previamente acordadas por los órganos correspondientes.
- Como diseñador de programas para relacionar los recursos humanos disponibles, y proponiendo procedimientos alternativos a los que están siendo utilizados, adaptando métodos y tecnologías a los recursos efectivos de que se dispone.

En el cumplimiento de esta función, el psicólogo puede desempeñar puestos como director de un hospital de Salud Mental, Jefe de Servicio de un Hospital o Centro de Salud, Director de un Departamento Universitario, Director de un Programa de Formación de Postgrado (Doctorado, Máster), Director de un Servicio Clínico Universitario, Director General de Servicios o programas

sectoriales de Psicología Clínica y de la Salud, Presidente de alguna sección profesional o científica, responsable de un proyecto de investigación, y otros, incluyendo la gestión de su propia actividad profesional.

Procedimientos, Técnicas e Instrumentos

Todas las técnicas, procedimientos e instrumentos que se incluyen en los apartados siguientes se consideran básicamente específicas del psicólogo clínico, tanto por su origen como por la adecuación de la formación de este especialista a su correcta utilización. Por dicha razón, debe ser un psicólogo clínico quien indique, diseñe o supervise dichas técnicas y procedimientos, o quien utilice los instrumentos que se enumeran.

1. Momentos de Intervención

Los procedimientos, las técnicas y los instrumentos que utiliza el psicólogo tienen un primer encuadre clasificador que viene determinado por el momento de la intervención. La intervención psicológica ha desarrollado técnicas y estrategias eficaces, especialmente dirigidas a cumplir los fines propios de cada uno de los distintos instantes en los que se interviene. Una clasificación de dichos momentos se ofrece a continuación:

Prevención primaria

Su objetivo es modificar anticipadamente las condiciones sociales y ambientales así como las conductas de las personas que pueden afectar negativamente a su salud tanto a corto, como medio o largo plazo, y promover conductas favorecedoras de la misma. De esta forma se pretende evitar la

aparición de problemas. La intervención en este primer momento se suele llevar a cabo a nivel comunitario, aunque también se dirige a veces a colectivos especiales o grupos específicos de alto riesgo.

Prevención secundaria

Su objetivo es localizar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria. Se trata pues de identificar los trastornos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes de ésta, cuando hay una previsión de que va a producirse con inminencia. Esta detección precoz suele facilitar una intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito.

Tratamiento

Su objetivo es la intervención sobre trastornos ya aparecidos y más o menos consolidados (en esto se diferencia de la prevención secundaria).

Prevención terciaria

Su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores. En el caso de los trastornos crónicos también puede señalarse como objetivo el reducir o disminuir los efectos negativos de éstos, con el objetivo de, aunque no sea posible curar el problema, mejorar la calidad de vida. La prevención terciaria, tal y como se ha definido aquí, asume en gran medida el concepto clásico de rehabilitación.

2. Niveles de Intervención

La intervención psicológica, en el campo clínico, ha sido tradicionalmente vinculada con la psicoterapia individual. Sin negar que este es el modelo de mayor implantación, no cabe duda de que existen otros niveles, que gozan de gran tradición y aceptación entre los clínicos. Una clasificación de los distintos niveles podría ser la siguiente:

- Individual.
- Grupal.
 - Familiar.
 - Comunitario.
 - Institucional.

3. Técnicas de Evaluación y Diagnóstico

Los procedimientos y técnicas de intervención psicológicas están íntimamente asociados a los instrumentos, técnicas y procedimientos de evaluación. Aunque no puede considerarse que todos las técnicas de evaluación que se enumeran más abajo sean exclusivas del psicólogo clínico y de la salud (p.ej.: las entrevistas), su adecuada utilización para fines clínicos debe apoyarse en una formación psicológica y psicopatológica del mismo nivel de la que reciben los especialistas en Psicología Clínica. A continuación se ofrece un listado de dichas técnicas, recogiendo las más importantes:

- Entrevistas (desde las entrevistas libres a las entrevistas completamente estructuradas pasando por entrevistas con distintos grados de estructuración).

- Observación conductual.
- Técnicas y procedimientos de auto-observación y autoregistro.
- Tests.
- Autoinformes: Escalas, inventarios y cuestionarios.
- Registros psicofisiológicos.
- Juego de roles y otros procedimientos de apoyo a la observación de las conductas.
- Encuestas.

4. Apoyo en informes de otros profesionales

Con el fin de obtener información adicional para la elaboración de conclusiones diagnósticas o de evaluación, los psicólogos clínicos y de la salud pueden recabar la opinión de otros profesionales sanitarios y no sanitarios. Algunos de los informes más corrientemente utilizados son:

- Informes de trabajadores sociales.
- Informes de pruebas bioquímicas.
- Informes pedagógicos.
- Informes médicos en general.
- Informes neurológicos.
- Informes sociológicos.

5. Técnicas y Procedimientos de Intervención

Los psicólogos clínicos y de la salud utilizan un gran número de técnicas y procedimientos de intervención, que han resultado de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica, de la psicología y de las ciencias afines. En

este apartado se recogen aquellas técnicas y los procedimientos que más frecuentemente se usan en el ámbito clínico, agrupados en los grandes epígrafes teóricos que los sustentan.

No se ha intentado, en ningún caso, la pormenorización exhaustiva y el agotamiento en la descripción de todas las formas de intervención, ya que el propósito se circunscribe a marcar las grandes líneas por las que discurre la actividad terapéutica en la psicología clínica y de la salud. Así por ejemplo, las técnicas de sugestión y la hipnosis no se recogen en un apartado específico ya que pueden ser utilizadas por distintas corrientes u orientaciones teóricas. Por otra parte, no en todos los casos se ha descendido al mismo nivel descriptivo.

Las principales técnicas y procedimientos son:

Técnicas de Terapia o de Modificación de Conducta

- Técnicas de exposición (Desensibilización Sistemática, Inundación, Implosión, Exposición guiada y Autoexposición).
- Técnicas basadas en el Condicionamiento Operante (Reforzamiento positivo y negativo, Control estímular, Extinción operante, Tiempo fuera de reforzamiento, Costo de Respuesta, Saciación, Sobrecorrección, Refuerzo diferencial de otras conductas, Programas de Economía de Fichas y Contratos conductuales) y Técnicas aversivas (Castigo, Procedimientos de escape y evitación y Condicionamiento clásico con estímulos aversivos).
- Técnicas de condicionamiento encubierto (Sensibilización Encubierta, Modelado Encubierto y otras).
- Técnicas de autocontrol.

- Técnicas de adquisición de habilidades (Juego de Roles, Modelado, Ensayo de conducta)
- Técnicas de relajación.

Técnicas de Terapia cognitivo-conductual

- Técnicas cognitivas (Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva de Beck, Reestructuración Cognitiva y otras).
- Técnicas de afrontamiento (Inoculación de Estrés, Solución de Problemas y otras).

Técnicas Psicoanalíticas

Las principales técnicas psicoanalíticas basadas o inspiradas en el Psicoanálisis son la Interpretación, la Aclaración y la Confrontación y se completan con otras intervenciones racionales, incluyendo además el adecuado manejo de fenómenos del proceso terapéutico como la Alianza de Trabajo y la Transferencia y Contratransferencia. Estas se aplican dentro de las siguientes modalidades principales:

- Tratamiento psicoanalítico convencional.
- Psicoterapia psicoanalítica de expresión (media y larga duración).
- Psicoterapia psicoanalítica breve y/o focal.
- Psicoterapia psicoanalítica de apoyo.
- Psicoterapia dinámica.

Técnicas de Psicoterapias centradas en la persona y experienciales

- Técnicas de Terapia centrada en el cliente.
- Técnicas de Psicoterapia experiencial.
- Técnicas de Psicoterapia de proceso experiencial.
- Técnicas de Terapia bioenergética.
- Psicodrama.

Técnicas de Psicoterapias fenomenológicas y existenciales

- Técnicas de Psicoterapia guesáltica.
- Técnicas de Análisis transaccional.
- Técnicas de Análisis existencial.
- Técnicas de Terapia existencial y logoterapia.

Técnicas de Terapia Sistémica

- Pautación escénica.
- Posicionamientos.
- Preguntas lineales, estratégicas, circulares y reflexivas.
- Reestructuraciones, reencuadres o redefiniciones.
- Tareas de cambio en la pauta.
- Tareas metafóricas, paradójicas, reestructurantes y rituales.

- Relatos.

6. Instrumentos

La actividad profesional de los psicólogos clínicos y de la salud está asociada a la utilización de ciertos instrumentos, cuyo uso y correcta aplicación e interpretación de resultados supone un nivel de entrenamiento específico. Este entrenamiento se adquiere mediante la fusión de los conocimientos básicos de la psicología junto con los que se adquieren en el curso del aprendizaje de la especialidad.

En algunos casos, será necesario un entrenamiento específico extraordinario. En todo caso, los conocimientos básicos de la psicología se consideran imprescindibles para el uso adecuado de dichas herramientas. A continuación se detallan los instrumentos materiales que con más frecuencia se utilizan en la práctica profesional de los psicólogos clínicos y de la salud.

- Tests.
- Escalas.
- Cuestionarios.
- Inventarios.
- Encuestas.
- Guías y protocolos de entrevistas.
- Instrumentos de autoregistro.
- Sistemas de registro en observación directa.
- Aparatos de Biofeedback o retroalimentación.

- Aparatos para registro de señales psicofisiológicas.
- Sistemas de presentación de estímulos.
- Sistemas informáticos para la evaluación y la intervención psicológica.

B. Cualidades

Las destrezas básicas o características deseables de un terapeuta son:

1. Contar con una empatía precisa
2. Establecer confianza y armonía.
3. Ser auténtico dentro de la comunicación con el cliente.
4. Respeto, considerando al cliente como único y auto-determinado.
5. Ser concreto en las repuestas que se le darán al cliente.
6. Contar con sentimientos específicos.
7. Confrontar al cliente con lo que dice.
8. Ayudar al cliente a autoexplorarse.

En la C.T (Beck, 1979) se consideran como necesarias, pero no suficientes, que el terapeuta posea tres competencias relacionales (Rogers, 1951): Aceptación, Empatía y Autenticidad.

Por aceptación se entiende el interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática. Interés que no debe de ser demasiado efusivo ni proteccionista. Hay que señalar que las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y que el grado de aceptación percibida pesa

más que la conducta del terapeuta al respecto. Para detectar esas percepciones es útil utilizar preguntas de retroalimentación dirigidas al paciente, y utilizar sus respuestas para modular las expresiones de aceptación. La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como lo hace este.

El terapeuta puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a contrastar por el feedback del paciente. Incluso el terapeuta empático puede evitar hacer juicios peyorativos sobre la conducta del paciente y sus problemas relacionales (por ejemplo: resistencias) si tiene la habilidad de tener empatía hacia estos problemas.

La última habilidad, la autenticidad, se refiere a la franqueza del terapeuta con el paciente, para que este tenga una imagen realista de lo que puede (y no puede) esperar sobre el terapeuta o la terapia. Sin embargo es conveniente que esta franqueza sea conjugada con la diplomacia y se manifieste en momentos oportunos. Al igual que las otras dos habilidades la percepción del paciente sobre ellas es el principal determinante de su reacción, por lo que las preguntas de retroalimentación son fundamentales para adecuarlas a cada caso concreto.

La R.E.T (Ellis, 1989) comparte, en general, los principios antes expuestos y además puntualiza otra serie de factores. Señala la conveniencia de no mostrar una excesiva cordialidad hacia el paciente; ya que aunque esto podría hacerle mejorar a corto plazo, reforzaría sus creencias irracionales de aprobación, dependencia y baja tolerancia a la frustración.

Otro factor es que los terapeutas es deseable que tengan una inclinación personal de tipo filosófica y cognitiva para aplicar esta terapia de manera más congruente. Se apunta también a que el terapeuta sea capaz de manejar, si

aparecen (cosa frecuente) sus creencias irracionales de aprobación, éxito y autovaloraciones respecto a las manifestaciones del paciente y la evolución de este.

El humor es otra característica deseable; ya que puede suponer un recurso antidogmático importante ante la excesiva "seriedad" dada a veces a la visión de los problemas y la terapia. Y como última habilidad se apunta la flexibilidad con la propia terapia, adecuándola al caso concreto; y no siempre "teniendo que" desarrollarla de forma directiva y con el mismo "manual".

Además de las cualidades antes mencionadas, será indispensable que el clínico base su proceder en el Código ético, mismo que se presenta a continuación y se enuncian cada uno de los Doce Principios.

Código ético

(Acatar Normas Morales y Legales; Acreditar las Técnicas de Evaluación; Cuidar el Uso de Animales; Cuidar la Seriedad de las Declaraciones públicas; Determinar la Finalización de una Intervención; Evitar el abuso en los Arreglos Financieros; Evitar el Deterioro Personal; Fomentar el Pluralismo y las Relaciones Profesionales; Mantener el Bienestar del Usuario; Procurar una Relación Profesional Voluntaria; Realizar Investigación; y, Respetar los Derechos Humanos) y **Ocho Valores Éticos** (Capacidad Profesional; . Competencia; Confidencialidad; Ecología; Honestidad; Justicia; Respeto; y, Responsabilidad) que conforman el Código Ético de la Sociedad Mexicana de Psicología.

Para este fin, será necesario conocer la diferencia entre "principio" y "valor"; por lo que se define cada uno de ellos:

- Principio. Se derivan de la ley natural de la vida. Sirven de normas para la solución de problemas que se presentan en las relaciones del psicólogo

con sus clientes, con otros psicólogos y con el público en general. El psicólogo debe recordar que, anteriormente a su calidad de psicólogo — científico y profesionalista— es un ser humano y como tal está sujeto a la ley natural.

- Valor. La palabra misma nos lleva a un sinónimo de creencias personales, en especial a lo relativo de "bueno", lo "justo" y lo "adecuado", creencias que nos impulsan a la acción, a cierto tipo de conducta, a la vida, a lo esperado por toda aquella persona que ejerce una profesión de manera responsable y asertiva.

Principios Éticos

Normas morales y legales. Las normas de conducta morales y éticas de los psicólogos son una cuestión personal en la misma medida en que lo son para cualquier ciudadano, excepto cuando comprometen la realización de sus responsabilidades profesionales, o reducen la confianza del público en la psicología y los psicólogos. Los psicólogos también se dan cuenta de las posibles repercusiones de su conducta pública y sobre la capacidad de sus colegas para desempeñar sus deberes profesionales.

Técnicas de evaluación. En la elaboración, publicación y uso de las técnicas de evaluación psicológica los psicólogos deben hacer toda clase de esfuerzos para promover el bienestar y la conveniencia del cliente. Se deben precaver contra el mal uso de los resultados de la evaluación. Deben respetar el derecho del usuario a conocer los resultados, las interpretaciones que se le han dado y las bases para sus conclusiones y recomendaciones.

Los psicólogos deben hacer cualquier esfuerzo por mantener la seguridad de las pruebas y otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los

mandatos legales. Se deben esforzar por asegurarse que otras personas, sin formación o preparación adecuada, no hagan un uso inadecuado de las técnicas de evaluación.

Uso de los Animales. El investigador de la conducta animal se debe esforzar por hacer que adelanten nuestros conocimientos de los principios conductuales básicos, o contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar humanos, o ambas cosas. Al perseguir estos fines, el investigador se debe asegurar del bienestar de los animales y tratarlos humanitariamente. A pesar de las leyes y reglamentos, la protección inmediata del animal depende de la propia conciencia del científico.

Declaraciones públicas. Las declaraciones públicas, los anuncios de servicios, la publicidad y las actividades de promoción de los psicólogos sirven para ayudar al público a hacer juicios y elecciones informados. Los psicólogos deben exponer con exactitud y objetividad sus afiliaciones y funciones profesionales, así como aquellas instituciones u organizaciones con las que ellos o sus declaraciones pueden estar asociados.

En las declaraciones públicas que proporcionan información sobre la disponibilidad de productos, publicaciones y servicios psicológicos, los psicólogos basan sus declaraciones en descubrimientos y técnicas psicológicas científicamente aceptables, con pleno reconocimiento de los límites e inseguridad de esas pruebas.

Finalización del tratamiento. Para finalizar el tratamiento con un paciente, el psicólogo o psicóloga deberá buscar la manera de hacerlo de mutuo acuerdo. Sin embargo, si se elige discontinuarlo, deberá responder a las necesidades y solicitudes del paciente de informarse sobre alternativas posibles fuentes de tratamiento. Si es necesario, se deberá tomar las medidas adecuadas para proteger al paciente y al público.

Arreglos Financieros. Todos los honorarios y arreglos financieros serán ampliamente expuestos y aceptados por el usuario de los servicios psicológicos o, en el caso de un ajuste de honorarios, deberán ser anunciados previo a su implementación. Las relaciones de negocios entre ambas partes deben ser evitadas.

Deterioro Personal. Un psicólogo o psicóloga podrá informar al órgano apropiado de su Organización (con la debida consideración por la confidencialidad) que cualquier profesional de la psicología, incluyéndose a sí mismo, está mostrando deterioro en su capacidad ética o profesional.

Relaciones Interprofesionales. Entendidas como la apertura a la diversidad teórico-conceptual, así como a la colaboración, intercambio de información, comunicación y asesoría con colegas de otras especialidades, instituciones y profesiones, con el objeto de realizar trabajos interdisciplinarios que permitan mayor beneficio en el desempeño profesional y para los usuarios del servicio. Los psicólogos deben actuar con la debida consideración por las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en psicología y en otras profesiones.

Bienestar del Usuario. La posición profesional, su autoridad y su información confidencial no será utilizada para coaccionar a los pacientes o para obtener beneficios para el psicólogo, psicóloga o a ningún tercero. Los psicólogos deben respetar la integridad y proteger el bienestar de la gente y los grupos con los que trabajan. Cuando hay un conflicto de interés entre un cliente y la institución para la cual trabaja el psicólogo, éste debe poner en claro la naturaleza y la dirección de sus lealtades y responsabilidades y mantener informadas de sus compromisos a todas las partes que tienen que ver con el asunto.

Los psicólogos deben informar plenamente a los consumidores del propósito y la naturaleza de un procedimiento de evaluación, de tratamiento, educacional o de adiestramiento, y reconocer libremente que los clientes, estudiantes o participantes en investigaciones tienen libertad de elección respecto a la participación. No tendrán relaciones sexuales con sus clientes, pacientes ni con los estudiantes que supervisa.

Relación voluntaria. La relación profesional con un paciente es puramente voluntaria y el paciente puede discontinuar el tratamiento, o buscar otro tratamiento o consejo en cualquier momento.

Investigaciones. La decisión de emprender investigaciones descansa en el juicio de cada psicólogo sobre el cuál es la mejor manera de contribuir a la ciencia psicológica y al bienestar humano.

Habiendo tomado la decisión de realizar investigaciones, el psicólogo considera otras direcciones opcionales hacia las cuales podría dirigir las energías y los recursos de la investigación. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo debe llevar a cabo la investigación con respeto e interés por la dignidad y el bienestar de la gente que participa, y con conocimientos sobre los reglamentos federales y estatales y las normas profesionales que gobiernan las investigaciones con participantes humanos.

Derechos Humanos. Ningún profesional de la psicología a sabiendas participará o facilitará la violación de los derechos humanos básicos de ningún individuo definidos por la Declaración de los Derechos Humanos emitida por la ONU.

Los valores Éticos

Capacidad profesional. El Psicólogo y la psicóloga cuentan con preparación académica, actualización constante, experiencia profesional, actitudes, habilidades y destrezas necesarias, para prestar los servicios que ofrece y para reconocer por medio de sus capacidades de autoconocimiento y autocrítica sus alcances, limitaciones y áreas de competencia en su actividad profesional.

Competencia. El mantenimiento de altos niveles de competencia es una responsabilidad que comparten todos los psicólogos en el interés del público y de la profesión en general. Los psicólogos reconocer los linderos de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Sólo proporcionan servicios y sólo usan técnicas para los cuales están capacitados debido a su adiestramiento y experiencia.

En aquellos campos en que aún no existen normas reconocidas, los psicólogos toman las precauciones necesarias para proteger el bienestar de sus clientes. Se mantienen al corriente de la información científica y profesional actual en relación con los servicios que prestan.

Confidencialidad: El Psicólogo y la psicóloga deben ser discretos, guardando y protegiendo la información que obtiene en sus relaciones profesionales, con el objeto de salvaguardar la integridad de la persona y la confianza depositada por el usuario. Si el Psicólogo o la Psicóloga requieren presentar sus experiencias con fines legales, académicos, terapéuticos o de difusión de hallazgos, deben mantener el anonimato de sus consultantes u obtener la autorización explícita de los mismos.

Ecología. El psicólogo y la Psicóloga buscan en su trabajo promover la relación armónica del sujeto con su medio ambiente; aprovechando de manera racional los recursos naturales y respetando en especial los espacios vitales de las personas y de las especies animales y vegetales.

Honestidad. Se entiende como la capacidad para desempeñar y/o de dar a conocer con veracidad los resultados obtenidos, buscar su objetividad y ser claros en las metas pretendidas. El Psicólogo y la Psicóloga son sinceros y congruentes, sin anteponer intereses personales en su quehacer profesional y toman en cuenta las normas establecidas para esta profesión. Se mantendrá una relación honesta con cada usuario, sujeta a las restricciones profesionales razonables, no engañará a sus pacientes ni a sus familias, ni incurrirá en ningún tipo de fraude, engaño o coerción.

Justicia: La justicia es la promoción de la equidad que permite que cada varón y cada mujer obtengan lo que les corresponde.

Respeto: Entendido como la capacidad de reconocer, comprender y tolerar las diferencias individuales, sociales y culturales, evitando imponer las propias; así como promover y proteger el principio de la dignidad humana y los derechos universales del hombre, encaminados al bien común, a través de la escucha y la empatía que nos permiten aceptarnos a nosotros mismos y a los demás.

Responsabilidad: Significa el sumir los compromisos adquiridos con uno mismo, con los demás, con la sociedad en general y con la profesión, así como el reconocer las consecuencias de nuestros actos y acciones; dando lo mejor de nosotros mismos para proporcionar la ayuda solicitada y cumplir con las tareas propias de la profesión (con: puntualidad, calidad,

eficiencia y efectividad) promoviendo siempre la salud y el desarrollo integral de las personas. (<http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/etica2.html>)

C. Especialización

Formación

La formación del psicólogo clínico es el elemento fundamental que garantiza su competencia profesional. Dicha formación es el punto de partida de la actividad profesional del psicólogo y ha de permanecer abierta, en continua actualización. La formación ha de ser tanto teórica como práctica y utilizar la metodología apropiada de acuerdo con los objetivos concretos a cubrir.

En nuestro país dicha formación se organiza en 3 bloques: el primero se refiere a la formación básica que el licenciado en psicología obtiene durante los primeros semestres de la carrera (tronco común); el segundo bloque es la formación especializada en Psicología Clínica y el último bloque es la formación continua que el psicólogo clínico necesita para estar al día de todos los avances científicos en este ámbito y mejorar su práctica profesional.

Características de la Formación

La formación deberá tener una serie de características mínimas que debe cumplir en todos los centros acreditados del territorio nacional. Estas son las siguientes:

- La duración del programa será de, al menos, tres años.

- Constará de una formación práctica realizada a través de rotaciones por los distintos dispositivos o centros acreditados que permitan un contacto con las distintas psicopatologías y tratamientos.
- Una formación teórica que complemente la formación práctica.
- A lo largo de las rotaciones el psicólogo en formación contará con el apoyo de un tutor que asesorará y/o supervisará las actividades del psicólogo en formación.
- El tutor siempre será licenciado en psicología.
- El trabajo del tutor-psicólogo será apoyado, pero no sustituido, por la figura de un supervisor en cada servicio donde efectúe la rotación. Ambas figuras, las del tutor-psicólogo y la de los supervisores de rotación, han de estar en permanente contacto que permita el cumplimiento de los objetivos de rotación.

Circuito de Rotación (prácticas profesionales)

La rotación por los distintos centros acreditados es el eje de la formación especializada, aportando la característica fundamental del programa que es la adquisición de la formación a través de la práctica profesional.

El circuito de rotación se diseñará en función de las necesidades de formación del psicólogo y debe constar como mínimo de los siguientes dispositivos:

- Centro de atención de trastornos psicopatológicos o psicosomáticos de carácter ambulatorio y comunitario
- Unidades de internamiento hospitalario de corta y larga estancia

- Unidades de Rehabilitación.
- Otros dispositivos sanitarios específicos donde el psicólogo pueda llevar a cabo su formación.

Contenidos

La formación especializada cubrirá todos aquellos aspectos específicos y monográficos en el campo de la actividad de la psicología clínica. Estos pueden abarcar desde técnicas específicas de evaluación y diagnóstico, tratamientos y áreas específicas de aplicación, hasta aspectos legales, jurídicos y normativos vinculados al campo sanitario.

Formación Continua

Es de suma importancia habilitar los mecanismos necesarios para la revisión, mantenimiento, actualización y adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, que permitan mejorar y potenciar la práctica profesional en el campo de la psicología clínica. Este objetivo se puede obtener a través de programas de formación continua específicos que podrán estar formados por las siguientes actividades:

- Asistencia a cursos de actualización que supongan una puesta al día sobre aspectos relativos a la actividad profesional.
- Actualización bibliográfica sobre los temas profesionales, utilizando los medios de documentación de uso público y privado.
- Utilización de las reuniones profesionales y científicas para intercambiar conocimientos sobre intervenciones concretas realizadas.

- Consulta a otros profesionales expertos cuando se intervenga sobre casos o problemas en los que el psicólogo se vea necesitado de un apoyo o asesoramiento.

D. Campo de trabajo

Ámbitos de Actuación

1. Lugares de Intervención

La Psicología Clínica ha tenido su tradicional ámbito de aplicación en nuestro país en el ámbito privado. El deficiente desarrollo de nuestra red pública sanitaria y el genuino interés de ejercer su profesión por parte de las sucesivas generaciones de psicólogos han propiciado, durante muchos años, la creación y mantenimiento de centros privados especializados en Psicología Clínica. En la actualidad, el sector privado tiene un gran dinamismo y diversidad, pudiéndose encontrar entre sus filas desde los consultorios unipersonales hasta centros más o menos complejos con amplios equipos multiprofesionales.

En lo que se refiere a los lugares específicos de intervención, hay distintos dispositivos en los que el psicólogo clínico desarrolla (o podría desarrollar) sus funciones adecuándolas a la especificidad derivada de los objetivos de estos. Entre ellos:

- Centros privados de consulta, asesoramiento y tratamiento.
- Equipos de atención primaria.
- Equipos de salud mental.
- Unidades de salud mental en hospitales.
- Unidades de Psicología en hospitales.

- Unidades de Neuropsicología en hospitales.
- Unidades de rehabilitación hospitalaria o comunitaria.
- Hospitales psiquiátricos.
- Unidades u hospitales geriátricos.
- Hospitales Materno-infantiles.
- Unidades o centros de atención psicológica infantil.
- Unidades de dolor crónico y de cuidados paliativos.
- Centros de voluntariado o Centros de Organizaciones No Gubernamentales de atención a personas con discapacidades.
- Unidades de Salud Laboral.
- Otros dispositivos (Centros educativos, Equipos de psicología clínica en el ejército, etc.).

Las distintas intervenciones que se realicen en estos sitios podrán ir dirigidas al individuo, familia, ambiente, equipo sanitario o a toda la Institución.

2. Áreas en las que se trabaja

En su faceta de psicólogo clínico el área de dedicación prioritaria es la de salud mental, en donde lleva más tiempo trabajando.

El tipo de intervención que se realice dependerá de la población en la que se intervenga (infantil, adultos, ancianos) así como del carácter de la intervención (preventiva, tratamiento y rehabilitación).

Los estudios de carácter preventivo en sujetos con un desarrollo evolutivo normal, ayudan a localizar los acontecimientos vitales y las crisis evolutivas, que unidos a los recursos del individuo y del ambiente incrementan su probabilidad de padecer un gran número de trastornos o patologías. Las áreas que se evalúan prioritariamente son las que hacen referencia a la influencia del comportamiento, la psicología o los factores ambientales en la salud mental de las personas.

En lo que se refiere al tratamiento, los psicólogos clínicos evalúan, diagnostican y tratan, solos o en equipo con otros profesionales de la salud mental, los trastornos y patologías que se enmarcan en el siguiente listado:

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica.
- Trastornos relacionados con el uso de sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos facticios.
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos del sueño.

- Trastornos del control de los impulsos.
- Trastornos adaptativos.
- Trastornos de la personalidad.

La lista anterior no agota toda la posible gama de problemas frente a las que el psicólogo clínico puede dirigir su atención terapéutica, sin embargo, incluye los puntos más significativos.

La rehabilitación de los sujetos con trastornos mentales debe ser uno de los ejes más significativos de toda política sanitaria responsable en este campo. Actualmente los psicólogos clínicos asumen todo tipo de tareas en este ámbito, incluyendo el diseño, dirección y aplicación de procedimientos rehabilitadores para todo tipo de trastornos crónicos en los que exista o haya existido un trastorno mental. La orientación de la actuación rehabilitadora es, normalmente, de índole comunitaria, pero también puede centrarse en el ámbito hospitalario o de consulta ambulatoria.

Es notorio por otra parte refiriéndonos a la competencia profesional del psicólogo clínico, que puede aportar elementos valiosos para la mejora de la salud de los ciudadanos en estrecha colaboración con otros profesionales.

III. La función del psicólogo clínico en el tratamiento de niños autistas

Una vez descrito el trastorno Autista así como la función del psicólogo clínico, será indispensable guiar la presente investigación en lo que se refiere a la función del psicólogo clínico en el tratamiento de niños autistas.

Son tres los momentos de intervención en los que el psicólogo clínico puede trabajar; a continuación se enuncian y se explican cada uno de ellos.

Prevención primaria

Siendo el objetivo en esta etapa el modificar anticipadamente las condiciones sociales y ambientales así como las conductas de las personas que pueden afectar negativamente a su salud tanto a corto, como medio o largo plazo, y promover conductas favorecedoras de la misma; será el psicólogo ya sea de forma individual o grupal uno de los especialistas de la salud que brinde información a la comunidad respecto al trastorno autista.

Debido a la falta de conocimiento referente a las causas que generan el trastorno o los elementos que influyen para que este aparezca, se propone un esquema más informativo que preventivo con la finalidad de dar a conocer puntos específicos en cuanto a las características del trastorno de tal forma que se puedan reconocer en los niños y pueda así haber un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Actualmente en nuestro país la edad en que los niños han sido diagnosticados oscila entre los tres y los cinco años; dos o tres años después de haber iniciado el padecimiento. En base a estos datos es que se plantea el dar a conocer la información referente a dicho trastorno con la finalidad de ser reconocido al

momento de su aparición, para iniciar el tratamiento a la brevedad. (<http://www.hoy.com.do/article.aspx?font=FXBIG&id=123764>)

Hace 20 años, un niño en 10,000 era diagnosticado con autismo, hoy la prevalencia es de uno en 150, siendo más común que el cáncer infantil, diabetes y SIDA, afirma Clima ("Clínica Mexicana de Autismo").

Es verdad que no se han descubierto las causas de este trastorno, sin embargo, es notable el aumento de casos diagnosticados. Lo anterior sugiere que está influyendo la tecnología, es decir, actualmente las mujeres en etapa de gestación se someten a más estudios de laboratorio, radiaciones ultrasonográficas y una alimentación no del todo natural. Es necesario hacer hincapié en las teorías anteriormente descritas como posible prevención; sin dar por sentado que el realizarlas garantiza la ausencia de autismo.

Dentro de la propuesta se plantea brindar la información en centros de salud, especialmente en clínicas ginecobstétricas y hospitales infantiles, sin dejar a un lado a los demás centros. Se utilizarán trípticos, carteles y conferencias como medios informativos para la población que incluyan tanto los puntos descriptivos del autismo en cuanto a comportamiento, lenguaje y socialización así como la posible prevención de la madre referente a alimentación, exposición a radiaciones y evitar al máximo el contacto con factores químicos y ambientales dañinos (virus).

Prevención secundaria

Su objetivo es localizar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria. Se trata pues de identificar los trastornos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes de ésta, cuando hay una previsión de que va a producirse con

inminencia. Esta detección precoz suele facilitar una intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito.

Por la aparición de los síntomas, el clínico puede dar un diagnóstico preciso cuando el infante tiene aproximadamente dos años de edad; resulta imposible prevenir que los niños padezcan de este trastorno, sin embargo, el diagnóstico a tiempo permitirá que a temprana edad el niño reciba tratamiento.

Tratamiento

Su objetivo es la intervención sobre trastornos ya aparecidos y más o menos consolidados.

Una vez realizado el diagnóstico, el psicólogo clínico será capaz de trabajar no sólo con el niño autista, sino también con su familia nuclear pues se presenta una modificación de expectativas y procedimientos de trabajo que no estaban incluidos dentro de sus planes. Este trabajo terapéutico podrá realizarse ya sea en sesiones individuales o grupales.

Como se explica en primer capítulo, existen diferentes tratamientos y terapias que pueden llevarse a cabo con el niño y que corresponden a diferentes tipos de especialización; lo que respecta al psicólogo clínico son las siguientes: Terapia Conductual, TEACCH, PECS (Picture Exchange Communication System), Método Tomatis y Berard, Musicoterapia, Delfinoterapia, Hipoterapia y el Tiempo del suelo (floor time).

El psicólogo clínico trabajará dentro de un equipo multidisciplinario en el que se incluyan médicos, especialistas en nutrición, neurólogos y clínicos especializados en lenguaje principalmente, sin embargo, dependerá de cada caso en particular. Se recomienda ampliamente este tipo de intervención pues

el niño autista responderá de una mejor manera cuando se trabajen cada una de las áreas que se estén viendo afectadas.

Prevención terciaria

Su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores. En el caso de los trastornos crónicos también puede señalarse como objetivo el reducir o disminuir los efectos negativos de éstos, con el objetivo de que aunque no sea posible curar el problema, se mejore la calidad de vida. La prevención terciaria, tal y como se ha definido aquí, asume en gran medida el concepto clásico de rehabilitación.

Respecto al trastorno autista, la intervención clínica no termina, es un proceso de seguimiento que será ajustado a las necesidades del paciente según su edad, coeficiente intelectual, capacidad de adaptación, entorno laboral (si es que pudiera ser insertado en esta área) y su capacidad de darse cuenta del padecimiento que presenta; si bien esta investigación está basada en la intervención con niños, es importante recordar que no existe cura alguna para este trastorno y serán necesarias las terapias para fortalecer y mantener lo aprendido más lo que presente a lo largo de su desarrollo; con la finalidad de que el paciente pueda gozar de una mejor calidad de vida.

Para el núcleo familiar del niño autista es también recomendado el seguimiento terapéutico, pues al paso de los años surgen diferentes complicaciones que afectan no sólo al paciente sino a su gente más cercana. Deben trabajarse continuamente las relaciones afectivas entre los miembros de la familia nuclear, así como la relación de cada uno de ellos con el paciente.

REFERENCIAS

- Masson, (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV
- Papalia D. et al. (2005) Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Mc Graw Hill. México, D.F.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Autismo. Extraído el 5 de noviembre de 2007 desde <http://www.desarrolloinfantil.com/lesiones/autismo.htm>
- Delfines, para superar el autismo y el síndrome de Down. Extraído el 14 de octubre de 2007 desde <http://www.atinachile.cl/content/view/2739>
- El autismo en las grandes clasificaciones internacionales. Extraído el 23 de mayo de 2008 desde <http://www.autisme.com/html/clasificaciones.html>. Del libro: F. Cuxart (2000) El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticas. Aljibe, Málaga.
- Campo J. Autismo ABA, análisis de conducta aplicado. Extraído el 14 de octubre de 2007 desde <http://autismoaba.blogspot.com/2006/05/teacch-un-tratamiento-incgnita.html>
- Cilento C. Dieta libre de gluten y caseína. Extraído el 14 de Julio de 2008 desde <http://blogs.clarin.com/autismoinfantil/2008/7/13/dieta-libre-gluten-y-caseina>
- García J. Principios y valores éticos de los psicólogos y psicólogas. Extraído el 18 de noviembre de 2008 desde <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/etica2.html>. Artículo publicado en la actualización: JULIO de 2004. Revista Electrónica de Psicología "La Misión" Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro
- Garza F. Tratamientos para el autismo. Extraído el 14 de octubre de 2007 desde <http://www.psicopedagogia.com/tratamientos-para-el-autismo>

- López M. (2007). El autismo: nuevas pistas. Extraído el 12 de septiembre de 2007 desde <http://www.hoy.com.do/article.aspx?font=FXBIG&id=123764>
- Mara. Mi ángel sin voz. Te busco día a día queriendo encontrar tu mirada con la mía. Extraído el 14 de octubre de 2007 desde <http://mara.blog.zm.nu/2007/02/22/terapias-de-juego-floor-time-terapia-de-suelo/>
- Psicología clínica y de la salud. Extraído el 4 de noviembre de 2008 desde <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>
- Romeo J. Trastornos generalizados del desarrollo, autismo. Extraído el 12 de septiembre de 2007 desde <http://www.drromeu.net/autismo.htm>
- Ruiz J. Elementos básicos de la relación terapéutica. Extraído el 7 de noviembre de 2008 desde <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual7.htm>