



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República  
Facultad de Psicología

Trabajo final de grado

# **El apego en niños con trastorno del espectro autista.**

Producción teórica: monografía.

María Pía Giudice Tejera  
C.I: 5.090.836-7

Tutor: Asist. Mag. Alfredo Parra

# Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>Cap.1: Trastorno del Espectro Autista</b>	
• Concepción de Autismo a lo largo del tiempo.....	4
• Signos de alarma.....	7
• Mentalización en personas con TEA.....	11
<b>Cap. 2: Teoría del Apego</b>	
• Los principales postulados de la teoría del apego.....	14
<b>Cap.3: El apego en niños con Trastorno del espectro autista</b>	
• ¿Los niños con TEA establecen vínculos de apego seguros?.....	19
<b>Cap.4: La familia en los niños con TEA.</b>	
• Enfrentarse a la noticia.....	21
• La familia como el gran pilar.....	25
<b>Consideraciones finales.....</b>	<b>27</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>29</b>

## **Resumen**

La presente monografía está dedicada al abordaje del Apego en niños con Trastorno del espectro autista (TEA).

Se han planteado dudas, acerca de la posibilidad de estos niños de establecer vínculo de apego seguro con sus cuidadores principales, a raíz de verse afectada la esfera relacional de estos. En este sentido, se plantea una revisión bibliográfica pertinente, que nos permita acercarnos a la concepción de vínculo de apego, enfatizando sobre la conformación del mismo en niños con diagnóstico de trastorno del espectro autista.

Con el fin de dar luz sobre esta temática se comienza por profundizar en el concepto de Autismo y en su transformación a través de los años. Abordando los signos de alarma a tener presentes no solo por los familiares sino también por el sistema de salud, haciendo hincapié en lo fundamental de un diagnóstico temprano que permita y promueva el desarrollo del niño.

Por último, en tanto sujeto situado en su contexto, se abordará a la familia de los niños con TEA, para poder conocer cómo repercute en ellos el diagnóstico de sus hijos. Además de la importancia de su implicación y formación en el tratamiento de estos, como herramientas para su empoderamiento.

***Palabras clave:* TEA, Apego, Familia**

## Introducción:

Esta producción se enmarca en la realización del Trabajo Final de Grado de la licenciatura en Psicología. A partir de esta, pretendo ahondar en aspectos del apego en niños con trastorno del espectro autista (TEA).

Su relevancia radica en acercar a la población en general, lineamientos que permitan conocer y sensibilizar respecto al TEA. El abordaje del mismo, no solo repercute en el entorno inmediato del niño con este diagnóstico, sino también a nivel de salud, en tanto promueve la visión del niño en su contexto, permitiendo así, la adecuación del tratamiento desde una perspectiva integral, donde se apueste a la familia como un pilar fundamental.

Como término, ha estado en debate a lo largo de los años, actualmente asume gran relevancia al ser considerado un trastorno en el neurodesarrollo en el que prevalecen mayormente dificultades en áreas de la comunicación y la socialización, entre otras. (Armas,S & Cansignia,P, 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (2019) se cree que el trastorno del espectro autista afecta al 1% de la población mundial. El presidente de la Federación Autismo Uruguay (FAU), Andrés Perez, en una conferencia de prensa asegura que en Uruguay, son más de 30.00 personas las que presentan dicho trastorno. Si bien no hay datos fehacientes de su prevalencia, ya que no existe un censo a nivel nacional que avale estas cifras, el estimativo se realiza a partir de los datos a nivel mundial.(Federación Autismo Uruguay,2015).

Teniendo en cuenta las principales áreas que puede afectar el TEA, es certero hacer una revisión teórica acerca de cómo se ve afectada la relación de estos niños con sus principales figuras de cuidado. Al tratarse de casos donde la esfera relacional no es la esperable, ha estado en debate la posibilidad de que estos niños desarrollen conductas de apego con sus cuidadores (Cherro&Trenchi,2007). En este sentido, esta producción dedicara un espacio donde se abordarán estos aspectos.

Tras el diagnóstico de TEA, la familia asume un rol fundamental acompañando el tratamiento del niño, en este sentido, es importante visualizar las implicancias familiares que trae consigo el diagnóstico. El mismo despliega un proceso que resulta difícil para el niño y su familia, en el que la contención y comunicación profesional asume un papel de relevancia. (Brun,2013).

Es pertinente hacer un racconto de los principales postulados teóricos de la temática, destinados a brindar una mejor comprensión de los abordajes integrales ,donde la familia sea partícipe, siendo el objetivo la mejora de la calidad de vida de los sujetos.

# 1-Trastorno del Espectro Autista

## 1.1 Concepción de autismo a lo largo del tiempo

En este capítulo se abordará el concepto de Autismo y sus variaciones a lo largo de los años. Veremos cómo el cambio de concepción sobre el mismo ha permitido fomentar nuevos tratamientos, teniendo una visión más integral tanto del niño como de su familia.

El término autismo fue utilizado por primera vez en 1911, por el psiquiatra Paul Bleuler, para hacer referencia a una alteración propia de la esquizofrenia, que se presenta en sujetos que se encuentran retraídos hacia sí mismos.(Baron-Cohen,2008). Etimológicamente, es proveniente del término griego “autos” e “ismos” que significa meterse en uno mismo,ensimismarse. (Baron-Cohen,2008).

El autismo como cuadro clínico específico no fue definido hasta 1943, cuando el doctor Leo Kanner publicó el artículo “Trastorno autista del contacto afectivo” ,donde utilizó el término en una descripción clínica de once niños que mostraban poco interés por establecer y mantener contacto con otros, esto fue denominado por él como “autismo infantil precoz”. (Baron-Cohen,2008).

Para Kanner, la particularidad central del autismo era la incapacidad para relacionarse de forma adecuada, “Desde el principio hay una soledad autística extrema que cuando es posible no tiene en cuenta, ignora, impide entrar cualquier cosa que llegue al niño desde el exterior” (Kanner,1943,p28).

Kanner a partir de su estudio, enfatizó en las alteraciones y deficiencias en áreas del lenguaje y la comunicación que impedían a estos niños la transmisión de significados a otras personas. Sin embargo, destacó un gran potencial cognitivo, además de una considerable memoria. Dicho estudio,además, da cuenta de un patrón de inflexibilidad y rigidez en sus rutinas “El miedo al cambio y a lo incompleto parece ser el factor principal en la explicación de la repetitividad monótona, y en la resultante limitación en la variedad de las actividades espontáneas” (Kanner,1943,p32).

En 1944, el psiquiatra Hans Asperger,publicó un artículo titulado “La psicopatía autista en la niñez”, en el que dio a conocer casos tratados en la clínica pediátrica de Viena. En este, identificó niños con similares características a las mencionadas por Kanner, aunque con ciertas particularidades. Las observaciones de Asperger, se enfocaron más en los intereses inusuales de estos niños, en sus pensamientos de carácter obsesivo, sus rutinas repetitivas y su apego a objetos insignificantes.A diferencia de Kanner, hizo mayor énfasis en la tendencia de dichos niños en hacer foco a los impulsos internos, presentándose ajenos a las condiciones exteriores. (Riviere,1997).

Los niños descritos por Asperger, no presentaban un retraso en las habilidades lingüísticas, por el contrario, tenían un desarrollo precoz del lenguaje. Presentaban además, gran capacidad de atención y memoria ,sobre todo, para sus intereses. Asperger, mostró un marcado interés por la educación de estos niños, enmarcado en un contexto de la pedagogía terapéutica. Para este, el autismo era un trastorno de la personalidad que representaba un gran desafío para la educación, por carecer de motivaciones que le permitieran al niño, su incorporación en la cultura. (Baron-Cohen,2008).

La caracterización actual del Autismo, en parte es fundada sobre las conductas observadas por estos autores. Aunque en esa época todavía se consideraba al autismo como un trastorno categórico, es decir, “se era o no se era” autista (Baron-Cohen,2008,p39). Fue Lorna Wing quien propuso que el autismo podría tratarse de un continuo evolutivo, introduciendo la noción de espectro. (Larbán,2008).

El término Espectro fue propuesto conjuntamente por Lorna Wing y Judith Gould en 1979, tras la elaboración de un estudio en el barrio Camberwell de Londres. En este, se exploraron menores de 15 años que tuviesen algunas deficiencias relacionadas al nivel intelectual. A partir de dicho estudio se identificó niños con patrones de autismo propuestos por Kanner, aunque también se tomó contacto con muchos otros, que aunque no presentaban autismo, se podía observar en ellos alguna de las conductas autistas, a nivel social o de sus rutinas, por ejemplo. En este sentido, dicho estudio permitió concluir que los síntomas correspondientes al autismo, son variados, no pudiendo delimitarse categóricamente en ser o no autista, ya que algunas de estas deficiencias pueden presentarse en sujetos que no poseen TEA, e incluso, en los que sí están diagnosticados, puede variar de acuerdo a las particularidad personales (Wing&Gould,1979).

Potter y Wing (1999) en el congreso Autism99, aseguraron que la experiencia puso en evidencia que las deficiencias del autismo, se pueden presentar de muchas maneras diferentes, más allá de las expuestas por Kanner en 1943. En ese sentido, sostienen el desarrollo de un espectro autista, que se basa en una tríada de alteraciones.

La triada de alteraciones que observaron Wing&Gould (1979) se basan en:

La interacción social: Puede presentarse en muchos casos un sujeto aislado e indiferente a tomar contacto con otro. Son sujetos que muestran preferencias por la soledad, y pueden observarse como en su mundo (Wing,1998).

La comunicación: Dicha alteración puede afectar la comunicación verbal como no verbal, existiendo grandes dificultades para sostener o iniciar una comunicación con un tercero. Puede existir un retraso en las habilidades del habla, algunos pueden llegar a no hacerlo nunca. La forma de su lenguaje es muy particular, presentando muchas veces repeticiones de palabras sin un marcado sentido para este (ecolalias) (Wing,1998).

La imaginación: Su imaginación muchas veces presenta déficit, viéndose afectadas las realizaciones de actividades imaginativas como los juegos de ficción o de simulación. Esto, a su vez, se vincula con la dificultad para la comprensión de las emociones e intenciones de un tercero (Wing,1998).

Por su parte, Riviere (1997) señala que existen ciertas alteraciones en el desarrollo del niño que pueden presentar síntomas autistas, sin ser propiamente un cuadro de autismo. Es por ello que se hace relevante poder pensarlo como un continuo, que puede presentarse no solo en diferentes cuadros, sino también en una diversidad de grados, aunque sólo un porcentaje muy bajo de estos niños reúnan las condiciones requeridas para el diagnóstico de autismo.

Riviere (1997) propone diferenciar tres épocas principales en el estudio del autismo:

La primera etapa es ubicada entre 1943-1963 ,se destacan explicaciones psicodinámicas del autismo, considerándolo una psicosis infantil. Durante esta época, se concibe la idea del autismo como un trastorno con base emocional, desencadenado por una forma de crianza desprovista de afecto por parte de los cuidadores principales. En este sentido, se considera a los padres responsables de las alteraciones en el desarrollo de sus hijos. Para su tratamiento, eran consideradas terapias dinámicas (Riviere,1997).

Actualmente estas ideas son obsoletas, en tanto hay evidencia que demuestra que separar a los niños de sus padres no produce ningún efecto beneficioso para el desarrollo del mismo (Riviere,1997). Gracias a investigaciones llevadas adelante en estos años, los padres han podido despojarse de estas ideas culpabilizadoras que no hacía más que condenarlos (Baron-Cohen,2008). Además, se conocen grandes evidencias acerca de que los niños con TEA establecen apegos seguros con sus padres, desarrolladas en los próximos capítulos, en este sentido se abandona la premisa de que el TEA sea un trastorno del apego (Rogers et al,1991).

La segunda etapa abarca desde 1963-1983, se caracteriza por un predominio de teorías fundadas en el conductismo y en la psicología experimental. Como es mencionado, debido a falta de evidencia empírica se comienza a derribar las concepciones acerca del autismo como un trastorno emocional. Siendo precedidos por hipótesis del autismo como un trastorno neurobiológico. El tratamiento principal del autismo comienza a ser la educación,creándose así centros educativos dedicados específicamente a esta población (Riviere,1997)

La tercera etapa, corresponde al enfoque actual del autismo y es denominada cognitivista-interaccionista. Se caracteriza por su concepción del Autismo como un trastorno del desarrollo. Además, de la mano de teorías rigurosas, han surgido explicaciones del autismo, entre ellas se destaca, la propuesta por Barón-Cohen, Leslie y Frith en 1985, donde postularon la dificultad de las personas con TEA de atribuir estados mentales a las personas, por su incapacidad en la “ Teoría de la Mente”. A su vez, los procedimientos para tratar el autismo desde la educación, también han experimentado cambios, adoptando un estilo natural, respetando las capacidades de las personas autistas (Riviere,1997)

Riviere (2001) considera que actualmente se mantiene gran parte de las descripciones sintomatológicas propuestas en un principio por Kanner en su publicación de 1943. De este modo, se pasa a desarrollar en el capítulo siguiente los signos de alarma de TEA, ya que resulta de relevancia tanto para la familia como para los profesionales de la salud y de la educación,entre otros, tenerlos presente, contribuyendo así a un diagnóstico temprano.

## **1.2- Signos de alarma.**

Una detección e intervención temprana de los trastornos del espectro autista repercute positivamente en el pronóstico y progreso de estos niños. En este sentido,la atención temprana de calidad, acompaña favorablemente el desarrollo del niño y contribuye a la mejora de la calidad de vida tanto de él como de su familia (Alcami et al.2008).

Sin embargo,la atención temprana en TEA no es tan precoz como ocurre en otras afecciones del desarrollo, a pesar de los avances ,todavía existen dificultades para detectarlo antes de los dos años. De todos modos, en el último tiempo se puede ver un avance en esta área, se ha podido reducir ampliamente la edad de los niños que acuden con sus familias para una valoración profesional (Martos , Llorente, 2013).

Son varios los factores que contribuyen a la dificultad del diagnóstico de TEA en edades muy tempranas. Se trata de una patología que se caracteriza por ser variable y heterogénea, en el sentido de que los primeros signos suelen ser medidos e inconstantes, es decir, la mayoría de las veces no están presentes de manera conjunta. A esto, se le suma que se pueden observar ciertas manifestaciones opuestas entre sí, por ejemplo: insomnio o hipersomnia, esta variabilidad contribuye a confundir a los especialistas de la salud (Lebovici, 1995).

En un 60% de los casos, son los cuidadores principales los primeros en sospechar que hay un problema en el desarrollo de su bebé. Es por este motivo que resulta pertinente el



desarrollo de signos de alarma, que permita afinar la visión ,de la familia y del equipo de salud, ante estas conductas (Alcami et al.2008):

A partir de los hitos evolutivos del desarrollo del niño, se pueden diferenciar las siguientes etapas para la detección de los signos de alerta (Alcami et al.2008).

#### 0-6 meses:

El carné de salud del niño y niña en Uruguay (MSP,2008), da cuenta de ciertas conductas esperables para un niño de esta edad con un desarrollo neurotípico. Entre ellas se encuentra: El sostén de su cabeza y que pueda girar sobre su propio cuerpo. Además del seguimiento con la mirada a ciertos objetos móviles, la reacción por parte del niño a sonidos y la imitación de estos. Se espera a esta edad, que pueda ir reconociendo personas además de interactuar con ellas a través de la mirada. (p18)

Por su parte, el bebé con TEA, en muchos casos, presenta ausencia o muy poca autorregulación del tono muscular, pudiendo mostrar hipotonía o hipertonía, teniendo que ser la figura de cuidados quien se amolde a sus necesidades. Otro signo de alarma que puede estar presente en ellos, es la ausencia de la sonrisa social, esta funciona como símbolo de intencionalidad interactiva por parte del bebé, por lo tanto, en caso de ausencia debe contemplarse como una señal de alerta (Larbán,2008).

Puede existir cierta irregularidad en su mirada, que puede estar acompañada de ausencia de mirada fija que demuestre un involucramiento emocional con su cuidador. Su mirada, muchas veces, transmite desconexión con el exterior. Esta anomalía puede extenderse hacia su comportamiento, mostrándose demasiado tranquilo o por momentos, excitado (Lebovici,1995).

El niño puede, en diferente medida, presentar déficit en la comunicación, por ejemplo: no sonríe cuando la figura de apego le sonríe. puede presentar ausencia de la conducta anticipatoria durante la interacción, por ejemplo alzar los brazos. Es posible que demuestre dificultades en la alimentación, en la aceptación de diferentes texturas, estas dificultades, además pueden extenderse, en mayor o menor medida al área del descanso, con trastornos del sueño, irritabilidad que no cesa tras el contacto del cuidador (Alcami et al.2008).

La ausencia de angustia ante extraños es otro signo de alerta que puede estar presente en el niño con TEA. Además, puede presentar poca curiosidad por la exploración de su entorno inmediato, como no jugar con su cuerpo, podría ni explorarlo, aunque sí se podrían ver, en diferente grado, estereotipias como aleteo de manos o balanceo (Larbán,2008).

## 6-12 meses:

Para esta edad, el carné de salud del niño y niña en Uruguay (MSP,2008) plantea que en un niño con un desarrollo neurotípico es esperable el desarrollo de las siguientes conductas: la deambulaci3n a trav3s del gateo y ya cerca de los doce meses que camine con ayuda. Es esperable que el ni1o estire los brazos cuando un tercero lo va a alzar, adem3s de que lllore frente a un extraño. Tambi3n se espera que el ni1o a esta edad pueda usar el dedo índice para se1alar ciertos objetos y que imite gestos de terceros. (p18)

En cambio, en el beb3 con TEA en esta etapa se puede llegar a profundizar la ausencia de la intencionalidad interactiva, existiendo diversos grados de inter3s por iniciar o responder a un acercamiento, por ejemplo, ante su deambulaci3n el ni1o puede no girar a comprobar la presencia del cuidador, puede no lanzar objetos esperando que el cuidador los recoja, o puede no se1alar a forma de demanda, etc. Adem3s, es posible que exista ausencia de gestos comunicativos, del lenguaje oral o de su uso funcional (Alcami et al.2008).

Dependiendo el caso,es posible observar el desarrollo de h3bitos extra1os y de actividades solitarias, que no impliquen un contacto estrecho con un otro, entre ellas se pueden encontrar el juego con sus dedos y manos delante de sus ojos. A este comportamiento puede sumarse conductas estereotipadas como el balanceo, estas estereotipias tambi3n pueden ser trasladadas a los objetos, ya que no los suele utilizar de una manera habitual,puede no jugar con ellos, ni explorarlos (Lebovici ,1995).

Puede existir en diferente medida la necesidad en estos ni1os por mantener su entorno id3ntico, por ejemplo manteniendo los objetos en un mismo orden. Como signo de alarma, puede presentarse la preferencia por estar solos .Algunos de estos ni1os son descritos por su madre como "tranquilos", no demandan atenci3n, manifest3ndose poco. Se pueden mostrar indiferentes a la presencia de su cuidador. Adem3s, puede existir ausencia de un "di3logo t3nico", es decir, cuando se los toma en brazos, puede dar la sensaci3n de un peso muerto (Marcelli , Ajuriaguerra, 1987).

Brun (2013) hace 3nfasis en las repercusiones del aislamiento del ni1o con TEA sobre su entorno, m3s espec3ficamente en la figura de apego. Este retraimiento hacia s3, puede ser percibido por su cuidador principal como un rechazo. Esta herida en su autoestima, es acentuada por la culpa e impotencia que le genera desconocer lo que est3 sucediendo con su hijo. Brun (2013) cita a una madre de un ni1o diagnosticado con TEA, pudiendo dar cuenta del sentimiento angustiante que le genera las conductas de su hijo: " dej3 de mirarnos como si yo hubiera hecho algo malo" (p46).

### De 12 a 24 meses:

El carné de salud del niño y niña en Uruguay (MSP,2008) plantea que para esta edad es esperable que el niño pueda jugar imitando situaciones y personas, que intente construir frases. Demuestra su interés en ayudar a los adultos en pequeñas tareas. (p19).

En los niños con TEA, en esta etapa puede verse como el grado de contacto con el entorno puede variar, su mirada se puede percibir vacía, ausente . La madre del niño puede sentir que no es reconocida por éste como tal. Es posible que el niño no emita reacción ante la marcha de su cuidador, ni ante la presencia de extraños. Los objetos que captan su interés pueden llegar a ser algo inusuales, en algunos casos objetos duros, sonoros, etc, a diferencia de lo que ocurre en niños con un desarrollo esperable (Marcelli , Ajuriaguerra, 1987).

En esta etapa, la principal preocupación de la familia de niños con TEA,suele estar relacionada con la falta de desarrollo del lenguaje,esto si bien no se da en todo los casos, posee una marcada presencia. Sus juegos pueden variar en la riqueza imaginativa y ser o no estereotipados. Los niños con TEA pueden tener fascinación por ciertos objetos de su interés (Lebovici ,1995).

Muchas veces sus rutinas suelen estar invadidas por los rituales y de actividad compulsiva, ejemplo de esto puede ser la alineación de objetos, o la repetición de palabras o frases (ecolalia) .Además, el cuidador puede percibir un incremento en el uso estereotipado de objetos, y puede no haber indicios del juego funcional. Es posible que se comiencen a desarrollar grandes miedos, sin causa aparente (Alcami et al.2008).

Si bien los signos de alarma se podrían seguir desarrollando más allá de los veinticuatro meses, se considera pertinente hacer énfasis en las conductas de alarma de los primeros años, con el fin de contribuir en la disminución del diagnóstico tardío, que luego se traduzcan en mejoras en su desarrollo (Larbán,2008).

Además, es importante remarcar que las manifestaciones clínicas del TEA varían no solo de niño a niño, sino que a lo largo de la propia vida del sujeto. Su evolución, se encuentra directamente relacionada con la edad de su diagnóstico, con la intervención temprana y con la participación en los entornos de inclusión del niño. Se ha demostrado, que si la intervención comienza en los primeros dos años de vida, el niño adquiere mayores logros en áreas de la comunicación o del funcionamiento cerebral. En este sentido, se hace indispensable la insistencia en la realización de un diagnóstico lo más temprano posible, ya que cuando este se dilata, trae consecuencias negativas para el niño y su entorno (Harris & Handleman, 2000) citado por (Sampedro, 2012).

### 1.3- Mentalización en personas con TEA

Existen diferentes teorías dedicadas a esclarecer la etiología del autismo y dar respuesta a los déficit que padecen los niños con TEA. Entre ellas se encuentra la hipótesis de la ausencia de la teoría de la mente, que puede adoptar diferentes expresiones, entre ellas mentalización o ceguera mental, de acuerdo a la corriente desde la que se postule. La mentalización, es proveniente de la teoría cognitivista sobre la teoría de la mente (Lacannelier,2006).

El término mentalización hace referencia a un proceso que habilita la comprensión e imaginación de los estados mentales tanto propios como de terceros, este acercamiento a los sentimientos, creencias, intenciones, etc, permite predecir y dar sentido a las acciones propias y ajenas (Slade,2009). Dicho proceso resulta imprescindible para poder formar relaciones sociales, a la vez de regular las emociones propias (Lanza,2011).

Fonagy&Target (1997) entienden que el proceso de la mentalización es relevante en tanto permite al niño atribuir pensamientos y sentimientos que lo acerquen a la comprensión de las conductas de los demás. Permite que se pueda distinguir entre una verdad interna y externa, además de permitir la comunicación con los terceros. “ ...la mentalización puede ayudar a lograr un nivel más alto de intersubjetividad en términos de experiencia más profunda con los otros...” (Fonagy&Target,1997,p69).

Atribuir estados mentales a los demás torna comprensible sus comportamientos y es esto lo que posibilita la relación interpersonal, forjando intercambios basados en la sintonía afectiva. Permite predecir el comportamiento de los otros, importante para prepararnos frente a estos y cómo nuestras actitudes impactarán en los demás, lo que nos puede ayudar a regular dichas conductas. La capacidad de atribuir estados mentales permite diferenciar entre los pensamientos y la realidad concreta. Se comprende que dichos pensamientos son representaciones de la realidad (Lanza,2011).

La capacidad de inferir estados mentales, a su vez permite ya en un niño de tres años, reconocer que la conducta puede estar basada en una creencia equivocada. Varios autores han desarrollado test acerca de la comprensión de las falsas creencias, entre ellos Wimmer y Perner en 1983 y el test de Sally y Anne propuesto por Baron-Cohen en 1985. Hacia los 18 meses los niños ya son capaces de comprender cómo las acciones de los terceros pueden llegar a ser causados por deseos diferentes a los suyos (Fonagy,1999).

Slade (2009) asegura que los niños con TEA, se caracterizan por un déficit en la mentalización o lo que Baron-Cohen (1995) llamó “Ceguera mental”. Esta incapacidad para acceder a los estados mentales propios y ajenos, repercute sobre todo, en la vida social del

sujeto. En muchos casos, estos niños no sienten la necesidad de tomar contacto con un tercero, rechazando actividades conjuntas que impliquen un intercambio. “Esto no quiere decir que los niños del espectro autista no tengan vida interior. La tienen.” (Slade,2009,p3).

En este sentido, se plantea que un bajo desarrollo en la mentalización genera grandes déficit en las relaciones personales además de que influye en la regulación de diferentes mecanismos como la atención, la concentración y la adaptación. (Lacannelier,2006).

La incapacidad en la mentalización de estos niños, repercute en la familia que acompaña, haciendo el vínculo con su hijo más complejo, en tanto se percibe el poco interés por parte del sujeto con TEA en entablar una relación. En este sentido, es tarea de los padres poder brindarle herramientas que permitan potenciar las capacidades relacionales y de adaptación del niño (Slade,2009).

En los niños diagnosticados con TEA, muchas veces se ven distorsionadas aquellas conductas que puedan dar cuenta del estado emocional del niño, como ser el contacto visual, conductas que demuestren placer, miedo, ira, enojo,etc. En este sentido, el cuidador es quien tiene, pese a las dificultades, que acceder al estado mental de su hijo. En esta confusión, es el cuidador el encargado de acceder y dar sentido a la experiencia interna del niño (Slade,2009).

La capacidad de los cuidadores para acceder a la experiencia interna de su hijo, permite comprender sus sentimientos, temores y necesidades, contribuyendo a un actuar sensible, promoviendo la regulación afectiva del niño y el establecimiento de un vínculo seguro. (Slade,2005).

Fonagy et al (2002) entienden que la capacidad de los padres de dar sentido al mundo interno del bebé, a partir de ciertas aptitudes y actitudes como la sensibilidad materna o la disponibilidad emocional, hace referencia a la facultad de mentalizar al niño (Slade,2005).

Slade (2005) cita a Fonagy et al (2002) quienes aseguran que “...las relaciones tempranas crean la oportunidad para que el niño aprenda sobre los estados mentales y determinan la profundidad con la que el entorno social puede ser procesado en última instancia” (p 271).

El niño toma contacto con los estados mentales de sí mismo, a partir de su cuidador, quien le brinda representaciones de su propia experiencia interna. Esta habilidad de la madre de dar sentido a lo que le sucede al niño y de poner orden sobre esto, sumado a la necesidad y disposición del niño de ser entendido, crean lo que Stern (1977) definió como el baile de la interacción humana (Slade,2009)

En este sentido, no sólo la figura de cuidados es la que accede a conocer la experiencia interna del niño, sino que también toma conocimiento de su propio self. “En este sentido, la

mentalización, no es simplemente unidireccional, sino más bien hay un proceso recíproco, dinámico y mutuamente gratificante” (Slade,2009,p5).

La capacidad de mentalizar se origina a partir de las relaciones sociales, sobre todo, aquellas en la que protagoniza la figura de apego. (Lanza,2013).

Fonagy (1999) asegura que el desarrollo de la capacidad de mentalización, está estrechamente relacionado con la calidad del apego establecido con el cuidador. Un niño con apego seguro estará relacionado con un mayor poder reflexivo y capacidad mentalizadora, mientras que niños caracterizados por apegos inseguros se verá afectada dicha capacidad. (Lanza,2013)

Para dar cuenta de la relación entre apego y mentalización es propicio mencionar el estudio llevado a cabo por Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Target (1994), con cuidadores con experiencias de privación. Parten de la hipótesis de que la posibilidad de que dichos cuidadores tuviesen hijos con apego seguro está relacionada con su capacidad en la función reflexiva. Los resultados obtenidos dan cuenta de que todos los cuidadores con experiencias de privación en su infancia, con gran capacidad reflexiva establecieron con su hijo un vínculo de apego. Lo que invita a pensar que la capacidad mentalizadora de reflexionar sobre la experiencia interna, no permite que se reproduzca con el hijo, el tipo de apego inseguro que constituyó con su cuidador en su niñez (Fonagy,1999).

En este sentido Fonagy (1999) expresa que la capacidad de los padres para comprender la experiencia interna del hijo, facilita en ellos la comprensión de las mentes, fundado en la relación de apego seguro. Un cuidador con aptitudes, disponible y reflexivo, aumenta la posibilidad de establecer un apego de tipo seguro con su hijo, y este tipo de vínculo, a su vez, facilita la capacidad de mentalización.

El vínculo de apego seguro entre cuidador-niño propicia la comprensión de los estados mentales (Slane,2009). A su vez conocer acerca de la mentalización y su incapacidad en los sujetos diagnosticados con TEA, dificultando así la atribución de estados mentales a otros, tales como deseos, intención y sentimientos,(Gómez,2010) nos permite comprender más acerca de sus deficiencias, sobre todo sociales,mencionadas en el capítulo anterior.En este sentido, considero pertinente acercarnos a los postulados de la Teoría del Apego, para poder abordar como estos niños establecen (si es que lo hacen) apego hacia sus cuidadores principales.

## **2.La teoría del apego.**

### **2.1- Los principales postulados de la teoría del apego**

Este capítulo estará dedicado a ahondar sobre la teoría del apego, haciendo hincapié en la importancia de estos vínculos en el desarrollo del niño y su posterior funcionamiento. Poder entender estos aspectos, nos permitirá luego comprender, en los siguientes capítulos, la importancia de que los niños con TEA establezcan estos lazos con sus cuidadores principales.

La Segunda Guerra Mundial produjo un punto de inflexión en la vida familiar de la época, desplegando nuevos intereses por los niños, al haber un gran número de estos sin la protección familiar. Es en esta época, que se comienzan a publicar textos que apuntan a la relevancia de los cuidados maternos y de las consecuencias que produce su privación en los niños (Delval, 1998).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud en 1951 encomienda a Jhon Bowlby la realización de un informe que se titula “Los cuidados maternos y la salud mental”. En este, el autor analiza datos acerca de la influencia del cuidado maternal inadecuado en el posterior desarrollo de la personalidad del niño. Además promueve una estrecha relación de madre e hijo, basada en la calidez y reciprocidad de afecto y goce, haciendo hincapié en lo esencial que esto resulta para la salud mental del niño pequeño (Bowlby, 1989).

Tras estudiar casos de privación afectiva y de la formación de vínculos en humanos y en animales, en 1958 Bowlby publica un artículo que se tituló “La naturaleza del vínculo del niño con su madre”, en éste formula por primera vez la teoría del apego. Dicha teoría centra sus postulados en el estudio del vínculo entre el niño y su cuidador principal. Este primer vínculo cobra relevancia en el posterior desarrollo de la personalidad del niño y sienta las bases para sus futuras relaciones (Bowlby, 1998)

Según Altmann & Gril (2000) el apego es el proceso por el cual se configura un estado de seguridad el cual funciona como base para las futuras separaciones del cuidador y la exploración del entorno. Según estas, se trata de un vínculo psicológico, que se alimenta de la relación recíproca madre-bebé, a través de la proximidad, la mirada, el sostén, entre otras interacciones.

Hasta el planteamiento de la teoría del apego, se proponían diversas explicaciones acerca del vínculo tan estrecho que une a la diada madre-bebé. Este es el caso del psicoanálisis, que a diferencia de la teoría expuesta por Bowlby, había propuesto que el vínculo se desarrollaba a partir de la necesidad del contacto con otro sujeto que le

garantizara la reducción de ciertos impulsos, como el de nutrición o el sexo en la vida adulta (Bowlby,1986)

Desde los postulados del psicoanálisis “ la madre aparece como objeto de las pulsiones de autoconservación, como madre nutricia y como objeto de las pulsiones sexuales, estimuladoras de la libido” (Altmann & Gril, 2000, p4). Desde estas formulaciones, al bebé se lo adjudica en una situación de desamparo, en la cual necesita de otro para darle fin a la tensión interna, satisfaciendo sus necesidades (Altmann & Gril,2000).

Según Bowlby esta teoría no es representativa de la realidad, ya que un niño pequeño no establece un vínculo de apego con cualquier persona que lo alimente (Bowlby, 1988).

Por su parte, la premisa central en la que se basa Bowlby para formular la teoría del Apego, es que el sujeto desde su nacimiento necesita establecer un estrecha relación con un otro, que le garantice un adecuado desarrollo social y emocional (Bowlby,1986).

El apego para Bowlby (1958) partiría de la necesidad del bebé de mantenerse próximo a la figura de cuidado que va a asegurar su supervivencia. Dicha necesidad daría paso a conductas de control, apoyadas en respuestas instintivas: llorar, aferrarse, chupar, aproximarse y sonreír. A partir de la experiencia con los cuidadores, estas serían internalizadas, formando la conducta global de apego (Barg,2011).

El apego surgió “como la base de seguridad que brinda la madre desde la cual el niño puede explorar al mundo [...] constituye el vínculo más sólido del ser humano.” (Altmann,1998,p35.). Según Bowlby (1989) este rol consiste en estar preparado y accesible para dar respuesta cuando el niño lo solicite. La noción de base de seguridad requiere de la accesibilidad y disponibilidad de los cuidadores principales del niño, para permitir y alentar su salida al mundo exterior, garantizando un retorno confortable en el caso de sentirse afligido. El cuidador debe estar preparado para responder ante sus necesidades y disponible para tomar parte si se lo requiere. Además, que la figura de apego se caracterice como sensible y accesible le proporciona al niño seguridad y le invita a mantener la relación. (Bowlby,1988).

Altmann & Gril (2000) citan a Bion (1966), que aborda la función materna introduciendo el concepto de “reverie”. Este término proveniente del francés, significa “ensueño” y es designado por el autor para hacer referencia al estado mental demandado en la madre para estar en sincronía con las necesidades de su bebé.

El autor designa la función materna como contenedora y metabolizadora de emociones que le resultan intolerables al bebé y que despiertan en él ansiedades que no es capaz de metabolizar (elementos beta). La madre, desde su función de reverie transforma estas emociones displacenteras y las convierte en pensamientos que el bebé pueda tolerar (elementos alfa). “La madre debe pensar como piensa el niño para ayudarlo a pensar sobre



sí mismo. La madre con su “reverie” ordena el caos de sentimientos y emociones del niño y se los devuelve reordenados” (Altmann&Gril,2000 p4).

En este sentido, es necesario la capacidad de la madre de ser sensible, para así dar la respuesta adecuada ante las emociones que el bebé le comunica. Dicha capacidad entendida como sensibilidad materna (Mary Ainsworth,1974) es descrita como un componente de la sincronía, esta última es un elemento propio de la interacción temprana, en la que el adulto debe adaptarse a los ritmos del bebé (Altmann&Gril,2000).

Es propicio pensar en estos casos ¿qué ocurre con la madre de niños con diagnóstico de TEA? Raphael-Leff (2007), alude a que el desencuentro entre madre-hijo, generado por las conductas de indiferencia del niño, provoca en el adulto dificultades para responder adecuadamente a las necesidades del niño, su capacidad de contener al mismo se ve afectada, repercutiendo negativamente en la interacción. El cuidador, es invadido por un sentimiento de culpa, al sentir que no sabe cómo responder ante las demandas de su hijo. (Brun,2013).

Este sentimiento de culpa, generado sobre todo en el cuidador principal, muchas veces es acompañado de actos de sobreprotección, por ejemplo: se mantienen la mayor parte del día cerca de su hijo, dispuestas a atender sus necesidades al instante, como forma de contrarrestar estos sentimientos negativos de culpabilidad e ignorancia. Esta sobreprotección produce un desgaste emocional y físico en el cuidador que repercutirá en los vínculos y dinámica familiar, se abordará en los siguientes capítulos con mayor profundidad (Gómez,2006).

Según Fonagy (1999), ningún niño trae consigo la capacidad para regular sus reacciones emocionales. Para esto, es necesario el desarrollo de un sistema regulador diádico que proporcione entendimiento y respuesta por parte del cuidador, permitiendo así que el niño pequeño pueda lograr la regulación de estas emociones. El cuidador se encontrará disponible para restablecer el equilibrio. En estados que le resultan incontrolables, el niño buscará en la proximidad física del cuidador la calma y la garantía de la homeostasis.

Existen variadas pautas de conducta que están en sincronía con el apego, entre las que se encuentran el llorar, sonreír, aferrarse, succionar sin fines alimenticios, el acercamiento y la llamada o la búsqueda. Estas conductas tienen como fin el aumento de la proximidad con el cuidador (Bowlby,1998).

“La conducta de apego del niño es activada especialmente por el dolor, la fatiga y cualquier cosa atemorizante, y también por el hecho de que la madre sea o parezca inaccesible” (Bowlby,1998,p15). Dichas conductas cesan en cuanto la figura del cuidador responda a los requerimientos del niño.

Bowlby(1969) menciona que las conductas de apego poseen dos objetivos claros, una meta biológica que estaría destinada a la supervivencia unida a la necesidad de contacto y

proximidad con un otro, y por otro lado, una meta psicológica que estaría definida por la proporción de seguridad que le permita al niño pequeño explorar el entorno.

Si bien el apego se asocia al desarrollo temprano del niño, también se vincula con las relaciones posteriores de su vida. (Altmann&Gril,2000). A partir del establecimiento de este primer vínculo se sientan las bases de la seguridad del niño pero también se pone en marcha la futura seguridad adulta. Este vínculo marca el patrón de relacionamiento futuro del niño. (Bowlby, 1998).

Las experiencias de relacionamiento del niño con su cuidador son incorporadas a sus esquemas representacionales a los que Bowlby (1973) denominó Modelo Interno de Trabajo. El autor propuso que estos proveen prototipos para las relaciones de vida posteriores. Es decir, que los vínculos de los sujetos se sustentan en base a las experiencias primarias en la infancia. (Fonagy,1999).

Los modelos internos de trabajo (MOI), se definen como representaciones mentales sobre uno mismo, sobre el resto de personas y las relaciones interpersonales a partir de la propia experiencia de vinculación interiorizadas, esto genera en la persona una serie de expectativas. En este sentido, MOI construye la imagen de las relaciones interpersonales (Román,2017).

Estos se adquieren a partir de las experiencias de vinculación del niño, de las interacciones cotidianas con sus cuidadores. Estas se interiorizan en él, permitiendo al niño la construcción de representaciones sobre sí mismo, sobre sus cuidadores,y sobre sus relaciones interpersonales. (Morales & Santelices, 2007).

Como se menciona, el vínculo de apego formado con sus cuidadores en la infancia, sentaría las bases para las relaciones futuras del sujeto (Bowlby, 1998). En este sentido es de relevancia poder conocer los distintos tipos de apego que pueden surgir con su cuidador,dependiendo de las aptitudes y actitudes de este.

El experimento de laboratorio de Ainsworth (1969) denominada “La situación extraña”, permitió clasificar entre distintos tipos de apego. Dicha situación experimental permite dar a conocer las reacciones del niño bajo determinadas circunstancias, como lo puede ser la soledad,la compañía de sus padres o la presencia de un desconocido. (Bowlby, 1989).

A partir de esta investigación pudo categorizar tres patrones principales de apego: Ansioso-evitativo(A), Seguro (B) e inseguro-Ambivalente(C). Por su parte, Main y Solomon(1990) a partir de casos que no corresponden a ninguna categoría propuesta por la autora, plantearon el apego desorganizado. (Lecannelier, Kimelman &González, 2008). Estos se detallarán a continuación:

Apego Ansioso-Evitativo (A): Se configura en niños que no han podido establecer la seguridad de que su cuidadora responderá de manera apropiada ante sus necesidades, sino que por el contrario, serán desatendidos. (Bowlby,1989)

Fonagy (1999) menciona que este patrón de apego se presenta en niños en que sus cuidadores, no han sabido reparar su activación emocional. Es por este motivo que el niño regula su afecto y elude situaciones que le puedan resultar perturbadoras.

Apego seguro (B): Se establece en tanto el cuidador principal del niño muestre características que tiendan a generar el sentimiento de confianza en el vínculo. El niño confía en que su cuidador estará disponible y accesible al momento de una situación que lo requiera, además espera que sea sensible ante sus necesidades. A partir de esta seguridad en el vínculo es que el niño realiza sus exploraciones del mundo. (Bowlby, 1989).

En situaciones que les resultan perturbadoras y estresantes, suelen buscar la proximidad y el contacto con su madre. “Estos niños han desarrollado expectativas positivas de ser reconfortado de un modo afectivo en momento de peligro y estrés” (Lecannelier, Kimelman &González, 2008 p198).

Apego inseguro ambivalente (C): El infante no posee la seguridad de que su cuidador principal se encontrará accesible y disponible, respondiendo de manera sensible cuando lo necesite. Por lo tanto, responde con una separación ansiosa ante esta incertidumbre. (Bowlby, 1989).

Fonagy (1999) menciona que estos niños no muestran interés alguno por la exploración del ambiente y el juego. La separación de su cuidadora la viven como un momento de gran tensión y angustia, siendo muy difícil recomponerse de esta situación. Tras el encuentro con el cuidador, estos sentimientos continúan.

Apego de tipo desorganizado: Se presenta en niños que tras el reencuentro con su madre, luego de la separación, demuestran conductas confusas y contradictorias como poco interés a la proximidad o la búsqueda de contacto con una expresión triste. (Oliva,2004)

Lyons (2006) cita a Main y Hesse (1990) quienes describen a estos niños con una serie de conductas contradictorias y confusas en presencia de su cuidador. El adulto, representaría no sólo la contención y el consuelo, sino además, la fuente de alarma para el niño. Estos infantes, ante el temor, sienten necesidad de proximidad de su cuidador, pero a su vez , por miedo, sienten la necesidad de huir de estos.

Según Fonagy (1999) para estos niños su cuidador no solo representa la fuente de protección, sino también, despierta sentimientos de temor. Por lo cual configura intensos conflictos en el niño.

### **3. El apego en niños con trastorno del espectro autista.**

#### **3.1- ¿Los niños con TEA establecen vínculos de apego seguro?**

Como es mencionado en el capítulo anterior, el establecimiento de un vínculo de apego resulta fundamental para el posterior desarrollo del niño. En este sentido, hacer alusión a que un niño estableció un vínculo de apego significa que está dispuesto a buscar el contacto y la cercanía con ese individuo, sobre todo en momentos particulares donde necesita de ese otro. (Bowlby, 1998).

En esta producción además, se ha abordado el trastorno del espectro autista, pudiendo dar cuenta, justamente, de la dificultad de estos en la búsqueda de contacto y cercanía con un otro, viéndose afectada la esfera social. En este sentido, se desprende la siguiente interrogante ¿Los niños con TEA establecen vínculos de apego seguros?.

Al tratarse de casos donde la esfera relacional no es la esperable, han surgido dudas acerca de la posibilidad de que estos niños desarrollen conductas de apego. (Cherro&Trenchi,2007).

Naiman&Calzetta (2012) aseguran que es frecuente encontrar bibliografía que remarque la incapacidad de estos niños para establecer vínculos de apego con sus cuidadores. En tanto no manifiestan sus pensamientos y sentimientos de una manera socialmente esperable, parecen inmóviles ante la existencia de un otro, por lo tanto, se considera que poseen fallas en las relaciones intersubjetivas.

Kanner (1943) en su descripción clínica de niños con TEA, no solo menciona las dificultades de estos en áreas del lenguaje o la inflexibilidad y repetitividad en sus rutinas, entre otras, sino que remarca la incapacidad de los mismos en el establecimiento de vínculos sociales diciendo "...debemos asumir que estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo normal con las personas..." (Kanner,1943,p36).

Actualmente, se dispone de evidencia para afirmar que muchos niños con trastorno del espectro autista forman lazos de apego con sus cuidadores, aunque se puedan observar ciertas desviaciones en sus conductas de apego. (Cherro&Trenchi,2007).

El paradigma de “la situación extraña” ha resultado de utilidad no solo para estudiar las conductas de apego en niños con un desarrollo normal, sino también para aquellos con diversas deficiencias en el desarrollo. (Rogers et al, 1991).

En este experimento, algunos investigadores han señalado que ante la salida y el retorno del cuidador principal, el niño con TEA ha demostrado patrones de conductas de apego. Como también, se ha observado que estos niños buscan mayor proximidad con su cuidador que con el extraño. Ante dichas afirmaciones los padres de estos niños pueden percibirlo de manera diferente, estas discrepancias entre el sentir de los cuidadores principales y los resultados obtenidos marcan ciertos aspectos inusuales en las conductas de apego. (Cherro&Trenchi,2007).

Sigman&Ungerer (1984) realizaron uno de los primeros estudios dedicados a indagar el apego en niños con TEA. El mismo, se llevó a cabo a partir de la observación de las conductas orientadas a la figura de cuidado en relación con una mujer extraña, en una situación de juego. Así, se evaluaban sus respuestas ante la separación y el reencuentro con su madre.

En dicho estudio “los niños autistas demostraron el apego mediante un aumento de la búsqueda de proximidad total durante la reunión con la madre [...] los niños autistas mostraron una respuesta específica al reencuentro con su madre” (Sigman&Ungerer, 1984,p242). Además, este grupo de niños dirigió más su atención a su cuidador que al extraño y tras los episodios de separación del cuidador buscaban la cercanía del mismo. Se pudo concluir así, que estos niños si poseen la capacidad para diferenciar entre su madre, cuidador principal y el extraño. “La demostración de las preferencias por la madre y las fuertes reacciones a su regreso por parte de muchos niños autistas fue sorprendente y particularmente convincente con la muestra” (Sigman&Ungerer, 1984,p248).

Por su parte, Sanini et al (2007) llevaron adelante un estudio que tenía un objetivo similar al anterior mencionado. Utilizando una modificación de la “situación extraña” tomaron como muestra a diez niños con TEA, diez niños con síndrome de down y 10 niños con un desarrollo típico. En los resultados obtenidos no se encontraron diferencias abruptas entre los tres grupos, aunque al momento de juego libre entre niño- cuidador los niños con TEA mostraron mayor evitación ante el adulto que los otros grupos, atribuyen este aspecto a la poca familiaridad del niño con el entorno donde se desarrolla la situación. De todos modos, se registró que los niños con TEA intercambiaban más con su madre que con el desconocido. Aseguran que las diferencias encontradas entre los grupos de niños tienen más relación con la capacidad de expresión del apego que de una ausencia del mismo. Dicho estudio tiene por conclusión que los tres grupos de niños obtuvieron resultados similares en cuanto a la presencia y frecuencia de las conductas de apego hacia su madre o cuidador principal.

Rogers et al (1991), con el mismo objetivo de evaluar las conductas de apego en niños con TEA, llevaron adelante un estudio donde observaron las conductas de apego de niños con TEA y niños con otros trastornos del desarrollo. Como en los anteriores estudios, para concretarlo utilizaron una modificación de “la situación extraña”.

Estos autores, partieron con la hipótesis de que los niños autistas al poseer grandes déficit sociales demostrarían más conductas concordantes a un apego inseguro, que los niños no autistas. Sin embargo los resultados del mismo no avalan dicha hipótesis, ya que no se encontraron los niveles de conductas de apego inseguras esperadas en los niños con TEA. Estos no se diferencian en cuanto al otro grupo de niños, en referencia a una escala de valoración continua destinada a evaluar las conductas de apego. Ninguno de los dos grupos de niños mostraron conductas de apego inseguro, sino que mostraron un equilibrio en cuanto a las conductas expresadas. Sin embargo, se pudo observar las relaciones positivas entre las conductas de apego seguro y los niveles de desarrollo del grupo de niños con TEA. (Rogers et al, 1991).

Según Stone (1997) si bien gran parte de los cuidadores principales de los niños con TEA hace alusión a que reciben de sus hijos conductas en las que no parecen necesitados e ignoran su presencia o ausencia, la expresión de sus conductas de apego puede tomar una forma diferente a la de niños con un desarrollo neurotípico. Por ejemplo pueden demostrar cambios en el afecto sin que esto suponga un contacto físico.(Cherro&Trenchi,2007).

La evidencia que respalda la hipótesis de que los niños con TEA establecen apegos seguros con sus cuidadores, contradice la opinión de que el déficit en la esfera social de estos niños está asociada a la incapacidad de formar relaciones sociales con los demás. En este sentido, es momento de dejar atrás la premisa de que el trastorno del espectro autista es principalmente un trastorno del apego, y que estos niños no suelen vincularse de una manera segura con sus cuidadores. (Rogers et al,1991).

## **4. La familia de los niños con TEA.**

### **4.1- Enfrentarse a la noticia**

Al hablar de TEA, es común que la atención esté puesta en los aspectos discapacitantes de dicho trastorno y no así en el sufrimiento que causa . Del mismo modo, es común centrar la atención en el niño afectado y no tanto en el entorno del mismo, en el que también

repercute el diagnóstico. Es relevante asumir, a nivel profesional, que cuando nos enfrentamos a un niño con TEA, también lo hacemos a la familia que acompaña. (Brun,2013). Por esta razón, se propone con el desarrollo de este capítulo, hacer énfasis en la familia de los niños con TEA, y en cómo repercute en los mismos, el diagnóstico de sus hijos.

No es acertado tratar a las personas con TEA de forma aislada, como si no estuvieran inmersos en un contexto familiar. En este sentido, cada persona de este contexto va a enfrentar el diagnóstico de diferente manera, con diferentes herramientas, consecuentemente esto va a traer repercusiones a nivel de relaciones familiares en las que se encuentra el niño con TEA. (Rodríguez,2005).

Es común que los padres hayan tenido una cantidad considerable de consultas , incluso con diferentes profesionales, sorteando obstáculos hasta llegar a lo concreto del diagnóstico. Hasta alcanzar ese momento, transcurre tiempo en la vida del niño, en el que la propia familia observa diferentes conductas que los alertan y entienden que “algo va mal” (Martínez&Bilboa,2008).

Con ese reconocimiento, se va perdiendo la imagen del hijo “idealizado”. Desde el momento de la concepción, los padres van creando ciertas expectativas sobre su bebé, esperando que su desarrollo transcurra de manera adecuada. En ese momento, tienen que ajustar dichas expectativas a la nueva realidad. Los planes a futuro se ven empañados tanto para ese niño como para su familia (Wing,1998).

El comprender que su hijo padece TEA, trastorno que durará toda la vida, representa un golpe duro a nivel familiar. Cuando los padres descubren que no se trata de algo pasajero, que no es que está atravesando una etapa difícil, toman conciencia de que han perdido al niño que creían tener (Baron-Cohen&Bolton,1998).

Acercarse a la realidad del diagnóstico puede resultar tarea difícil para la familia, debido principalmente a que estamos frente a un trastorno con cierta ambigüedad, existe gran variabilidad de pronósticos, de síntomas, diferentes dificultades para diagnosticar, etc. Es decir, su afectación suele variar de niño a niño e incluso a lo largo de la vida de este, no se caracteriza por ser un trastorno uniforme.(Martínez&Bilbao,2008).

Los padres traen al mundo un hijo que durante el primer año presenta un desarrollo neurotípico. A diferencia de lo que ocurre en otros diagnósticos, estos padres no han sido preparados para enfrentarse a la noticia de una alteración en el desarrollo. De este modo, se enfrentan a conductas alarmantes que traen diferentes repercusiones a nivel individual y familiar (Riviere,1997).

Antes de conocer el diagnóstico de su hijo, muchas veces los padres experimentan la sensación de ser la única familia que está atravesando esta situación con su hijo. Sienten que son los únicos padres que visualizan las conductas particulares en ellos, el

reconocimiento de otras familias en las mismas condiciones, trae un manto de alivio. (Wing,1998).

La reacción de los padres pueden adoptar diferentes maneras contemplando ciertas variables como el grado de severidad del TEA, el nivel de independencia, etc. Además, se considera de influencia y es pertinente tener en cuenta ciertas características en cada uno de los padres, como su madurez, o el apoyo que pueda recibir tanto de la familia como de los profesionales.(Benites,2010).

Según Baron-Cohen&Bolton (1998) ante el diagnóstico de TEA, los padres atraviesan diferentes fases entre las que se encuentran:

-La sorpresa: donde prima el descreimiento, y cuesta asimilar la información que están recibiendo por parte de los profesionales.

-La negación, como forma de asegurar un control ante el estrés y la ansiedad que le provoca la noticia. Pudiendo actuar como si no ocurriera nada con su hijo.

-La culpa e irritación, en la que es común que los padres se planteen una serie de preguntas tales como “¿cómo puede haberme ocurrido a mi? ¿Qué hicimos como familia para merecer esto?, o preguntas que tienen que ver con el futuro: ¿Cómo vamos a atravesar esto? etc.

-La aceptación: donde la familia comienza a ser capaz de centrarse en la realidad del problema, comenzando a hacer lugar a las cualidades y capacidades de su hijo, concentrándose en hacer frente de un modo práctico a la situación.

Sin embargo, Martínez&Bilbao (2008), caracteriza las siguientes etapas en los padres a partir del diagnóstico de su hijo:

-La inmovilización: en la que los padres son invadidos por el shock o el aturdimiento que les genera la noticia.

-La negación: minimizando o anulando el problema, muchas veces,retasando las intervenciones profesionales.

-La irritación o la culpa: Los padres buscan alguna causa del trastorno de su hijo, ejemplo: alguna negligencia, etc.

-Desesperanza: Si bien hay un convencimiento del diagnóstico de sus hijos, en esta etapa pueden sentirse sobrecargados por estos sentimientos.

-Aceptación de la realidad: Se encuentra caracterizada por la superación del estado de depresión del comienzo y por la búsqueda de medidas que favorezcan la situación del niño como de la familia. El momento de la aceptación está caracterizado por el verdadero provecho del asesoramiento profesional, barajando los tratamientos adecuados a los requerimientos.



Por su parte, Riviere (1997) expone las mismas fases descritas por Martínez&Bilbao (2008), aunque las amplía agregando las etapas de comprobación, búsqueda de significado y la interiorización real del problema. (Riviere,1997).

En la mayoría de ocasiones, los padres adquieren la capacidad para adaptarse a las necesidades de su hijo, y es así como tras el diagnóstico, toman conciencia de que las conductas de su hijos tomadas como rechazo personal, no es más que parte de su trastorno. Además, la familia logra comprender que su hijo, a su manera, puede lograr responderles con afecto. (Baron-Cohen&Bolton,1998).

Un factor a tener en cuenta, tiene que ver con la capacidad de los padres para hacer frente a las adversidades, ya que las diferencias entre ellos, explica el porqué niños con similares situaciones (de edad, situación sociofamiliar,etc) muestran diferentes grados de avances y adaptación. (Martinez&Bilbao,2008).

Los trastornos del espectro autista, varían enormemente entre los niños, se puede observar diferencia de signos y capacidades entre ellos, esta variación se puede aplicar además para el progreso que consiguen con el tratamiento, que puede ser escaso o ayudarlos a conseguir ser más independientes en su cotidianidad. Potenciar el desarrollo de actividades y de ciertas habilidades en los niños con TEA, resulta un trabajo arduo que requiere de la inversión de tiempo de la familia, esto, sumado a las otras actividades y la crianza de otros hijos puede resultar frustrante para los padres. (Wing,1998)

Bagnato (2019), expone un estudio exploratorio llamado “El bienestar emocional en madres de hijos con diagnóstico de TEA”, la población de este estudio corresponde a madres de niños con TEA que asisten al Centro Florecer en San José de Mayo, Uruguay. En dicho estudio, se concluye que la información con la que estas madres cuentan sobre las características del trastorno de su hijo, desempeñan un papel importante. Tener información sobre el tema les proporciona cierta seguridad, pudiendo comprender a su hijo y a partir de allí establecer un vínculo que contemple sus necesidades y sus características. Este proceso de acercamiento al TEA por parte de la familia, se ve favorecido si existe una contención emocional, por parte por ejemplo:de otras familias de niños diagnosticados con TEA, que tenga en cuenta las etapas por las que como familia atraviesan.

## 4.2- La familia como el gran pilar

Cómo es abordado en el capítulo anterior, el diagnóstico de TEA constituye para la familia del niño, enfrentarse a una nueva realidad. (Milla&Mulas,2009). Estos niños, requieren mayor dedicación e implicación no solo por parte de los profesionales sino también de la propia familia (Martos&Llorente,2013). En este sentido, resulta pertinente visualizar al entorno inmediato como gran pilar a la hora del tratamiento del niño, favoreciendo su avance e inclusión desde el trabajo conjunto con los profesionales.

Luego de que el niño haya sido diagnosticado con TEA, a los profesionales le sigue elaborar un programa de intervención temprana, que debe estar adaptado y planificado a las necesidades y habilidades de cada niño en particular (Yunta,et al 2006).

Según El grupo de atención Temprana (2000), las mismas, son aquellas dirigidas a la población comprendida entre los 0-6 años, abarcando también a su familia y a su entorno inmediato. Estas tienen por objetivo principal, brindar respuesta a sus necesidades contemplando las particularidades de cada caso. Dichas intervenciones son planificadas por un equipo de profesionales interdisciplinariamente, considerando así, al niño de manera integral.

La intervención temprana ha tenido notables resultados, demostrando en la mayoría de los casos, la evolución favorable del niño anteriormente asociado a un mal pronóstico, justificando así su comienzo de forma inmediata. Si bien existen diferencias conceptuales entre los programas de intervención, todos poseen un objetivo en común y es potenciar el desarrollo del niño con TEA. (Mulas et al 2010).

En los últimos años, ha incrementado la frecuencia con la que los programas de atención temprana ,dedicados a niños con TEA, integra a la familia como estrategia que apunta a la intervención en los entornos cotidianos. Parte de la atención temprana de niños con diagnóstico de TEA, está centrada en brindar a los cuidadores principales, recursos que contribuyan al desarrollo óptimo de su hijo (Martos&Llorente,2013).

Las intervenciones integradas por los padres, son pensadas como complementos de la atención integral recibida por el niño, la intención no es sustituir el ejercicio profesional, sino, favorecer la creación de un ambiente óptimo donde el niño pueda avanzar. (Valdez,2016).

A partir de las intervenciones mediadas por los padres, se busca la adaptación del niño con TEA a su ambiente habitual, contribuyendo a su individualidad y autonomía. Igualmente, la familia recibe la atención requerida, se busca que ésta incremente sus herramientas para así, mantener de forma estable el ambiente donde el niño pueda desarrollarse. Es decir, el programa de intervención temprana en niños con diagnóstico de

TEA, está apoyado en la familia como aliada para implementarlo en la cotidianeidad. Pero también, hay que tener en cuenta que esta no deja de ser un objeto de intervención (Milla&Mulas,2009).

Cada niño diagnosticado con TEA posee ciertas particularidades, y sus familias no son la excepción. Estas presentan fortalezas y debilidades distintas entre sí y a las que hay que atender. Por esta razón es imprescindible la creación de estos programas contemplando dichas singularidades, y así brindar el apoyo específico requerido por cada una de ellas. (Martos&Llorente,2013).

Brindar información y capacitación a los padres resulta efectivo en tanto funcionan como recursos humanos preparados para enfrentar la realidad luego del diagnóstico. Además, el tener conocimiento de lo que le sucede a su hijo, empodera a los padres y hace que éstos lo acompañen de una manera más preparada y funcional. Resulta imprescindible que los padres conozcan las diferentes intervenciones disponibles, para así tomar decisiones en relación al tratamiento de forma responsable y fundamentada. En estos casos acompaña perfectamente la frase “la información es poder”. (Valdez,2016).

Los padres cobran un papel activo en la toma de decisiones sobre los objetivos terapéuticos que se deben plantear, guían a los profesionales en la priorización y jerarquización de esos objetos en función de las necesidades y características de la propia familia y ayudan a evaluar la eficacia del tratamiento. (Martos&Llorente,2013,p187).

En este sentido, la participación de la familia en la intervención temprana en niños con TEA procura la constitución de un entorno habilitador donde se priorice su avance, a través de la realización de actividades diarias, juegos, haciendo énfasis en su comportamiento y habilidades. Es acertado concebir al entorno inmediato del niño como el principal agente socializador y como tal, ha de ofrecer pautas de conductas y desarrollo de habilidades con el fin de mejorar el proceso de desarrollo (Milla&Mulas,2009).

Según Valdez (2016), la formación de los padres permite el desarrollo de relaciones sociales en sus hijos, como también favorece e incrementa la imitación y el interés compartido, a partir de situaciones propias de un ambiente familiar. Además es sabido que estos cuidadores influyen significativamente en los resultados de terapia de sus hijos, sin estar completamente involucrados en ella. Que los padres visualicen que están asistiendo a su hijo en su desarrollo, produce motivación en ellos, contribuyendo a mejorar la calidad de vida familiar.

## Consideraciones finales

La revisión bibliográfica sobre la temática posibilita una serie de reflexiones acerca de los niños con diagnóstico de TEA, su familia y la consiguiente conformación del vínculo de apego.

Es justamente el vínculo de apego entre niños con TEA y su cuidador principal, el tema central de esta producción. Se parte de las ideas difundidas a lo largo de los años de que los niños con TEA no establecen vínculos de apego seguros con su cuidador. Sin embargo, se han mencionado varios estudios que demuestran lo contrario. Los niños con TEA, muestran conductas que se asocian a apegos seguros, aunque estas pueden resultar diferentes a las de un niño con un desarrollo neurotípico, por ejemplo pueden demostrar afecto hacia su figura de apego sin necesidad de contacto físico (Cherro&Trenchi,2007).

A partir del desarrollo de la teoría del apego, se pudo destacar la importancia de ciertas aptitudes y actitudes por parte de la figura de cuidado, como su sensibilidad o disponibilidad emocional, permitiendo responder ante las necesidades del niño de una manera adecuada, posibilitando así, la conformación del vínculo.

El abordaje del autismo a lo largo del tiempo, permitió dar cuenta de la transformación del concepto. Partiendo de una visión del trastorno con base emocional, donde se creía que la falta de afecto filial era la causa de las alteraciones del niño. Hasta llegar a la actualidad, donde estas ideas están obsoletas, en tanto, el término pasa a ser comprendido desde una perspectiva evolutiva como un trastorno del desarrollo. (Riviere,1997).

En este sentido, hacer énfasis en el cambio de concepción del autismo, es a su vez dar cuenta del cambio de rol que han asumido las familias. En las primeras etapas, estos niños eran apartados de su familias, considerados culpables de las deficiencias de sus hijos.(Baron-Cohen,2008). Actualmente,la familia es considerada un recurso humano a capacitar ,con el fin de brindarles herramientas que les permitan afrontar no solo la realidad de su hijo, sino la nueva dinámica familiar (Valdez,2016).

Es posible concluir además, la importancia de considerar a la familia no solo como un recurso humano, sino también como un importante objeto de intervención. Este trabajo dio cuenta de cómo el diagnóstico de un hijo trae repercusiones a nivel familiar. Estas deben ser abordadas profesionalmente, con el fin de trabajar los sentimientos abrumadores que puedan surgir y que modifiquen la dinámica familiar además de entorpecer y dificultar el propio vínculo con el niño (Milla&Mulas,2009).

Se tomó contacto con la teoría del apego, remarcando la importancia de ciertas aptitudes y actitudes por parte de la figura de cuidado, como su sensibilidad o disponibilidad emocional, que le permitan responder ante las necesidades del niño de una manera

adecuada, posibilitando así, la conformación del apego. Dichas aptitudes en el cuidador, permiten que el niño se sienta seguro y quiera continuar dicha relación (Bowlby,1988).

La conformación de este vínculo, que al decir de (Altmann&Gril, 2000) es importante para el desarrollo del niño y su posterior vida adulta, permite pensar en lo beneficioso que es para el sujeto con TEA el establecimiento de este vínculo con su cuidador, en tanto sirve de gran apoyo para el desarrollo de su tratamiento y de su vida en general.

Resulta indispensable abandonar la hipótesis que asocia al trastorno del espectro autista con un trastorno del apego (Rogers et al,1991). Marcando además, la importancia de seguir profundizando en el tratamiento integral del niño y su familia. De este modo se estará contribuyendo, entre otras cosas, a la mejora en la calidad de los vínculos de los mismos y el consiguiente desarrollo integral del niño.

## Referencias

- Alcamí Pertejo, M., Molins Garrido, C., Mollejo Aparicio, E., Ortiz Soto, P., Pascual Aranda, A., Rivas Cambronero, E., y Villanueva Suárez, C. (2008). Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. Madrid, España: COGESIN.  
Recuperado de  
<https://www.seypna.com/documentos/2009-Comunidad-Madrid-guia-tea.pdf>
- Altmann de Litvan y otros (1998): Juegos de amor y magia entre la madre y su bebé. La canción de Cuna. Montevideo: Unicef.
- Altmann, M. & Gril, S. (2000) Investigación del proceso terapéutico en interacción temprana. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Recuperado de  
<http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720009111.pdf>
- Armas, S., Cansignia, M., & Díaz, E. (2020). The caregiver-child bond in autism cases. Revista Scientific, 5(Ed. Esp.), 165-184, e-ISSN: 2542-2987 Recovered from:  
<https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.E.8.165-184>
- Bagnato, M.J. (2019). El bienestar emocional en madres de hijos con diagnóstico de TEA. Revista de Psicología, 18(1), 46-60. doi: 10.24215/2422572Xe027
- Barg, G. (2011). Bases neurológicas del apego. Revisión temática. Ciencias Psicológicas. Vol (1): 69-81 Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7442087>
- Baron-Cohen, S. (2008) Autismo y Síndrome de Asperger. Madrid, España: Alianza.
- Baron-Cohen, S. & Bolton, P. (1998). Autismo una guía para padres. Madrid: Alianza Editorial
- Benites, L. (2010). Autismo, familia y calidad de vida. Revista de la Asociación de Docentes de la USMP, (24), 8 Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701024>

Bowlby, J. (1998). El apego: vol. 1 de la trilogía El apego y la pérdida. Buenos aires: Paidós

Bowlby, J. (1989). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego.  
Barcelona: Paidós.

Bowlby, J (1986). Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida. Madrid: Ediciones Morata.

Brun,J. (2013). Comprensión del entorno familiar de los niños con Autismo.

Cherro, M. (2010) La gran contribución de la teoría del apego a la Psiquiatría y a la Psicoterapia. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/04\\_cherro.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/04_cherro.pdf)

Cherro,M. & Trenchi, N. (2007) El apego y la familia de los niños con trastornos del espectro autista (TEA). Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/86679244/Autismo-Infantil-Apego-y-Familia>

Delval,J (1998) El desarrollo humano. (8° ed). Siglo Veintiuno Editores. España.

Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría.  
Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistenciasransgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>

Fonagy, P., Target, M. (1997) Attachment and reflective function: Their role in self-Organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700

Gómez,I (2010). Ciencia cognitiva, Teoría de la mente y autismo. Pensamiento Psicológico,Vol 8, No.15 pp 113-124 Disponible en : <https://www.redalyc.org/pdf/801/80115648010.pdf>

Gómez Leyva, Inalvis (2006). El entorno familiar y comunitario del niño con autismo. VARONA, (43),45-50. ISSN: 0864-196X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360635563011>

Kanner, L. (1943) Trastornos autistas del contacto afectivo. Recuperado de [http://www.ite.educacion.es/formacion/enred/materiales\\_en\\_pruebas\\_2013/](http://www.ite.educacion.es/formacion/enred/materiales_en_pruebas_2013/)

tea\_2013/mat

erial\_complementario/m2/Trastornos\_autistas\_del\_contacto\_afectivo.pdf

Lanza,G (2011) La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas.

Recuperado de

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=722&a=La-mentalizacion-suarquitectura-funciones-y-aplicaciones-practicas>

Lanza,G. (2013) Evaluando la mentalización. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*. Año I, Nro I

Larbán, J. (2008) Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. Recuperado de

<http://www.sepyrna.com/documentos/articulos/larban-guia-prevenciondeteccion-precoz-autista.pdf>

Lebovici, S. (1995) La psicopatología del bebé. Buenos Aires: Siglo XXI Editores

Lecannelier, F., y Kimelman, M., y González, L., y Nuñez, C. y Hoffmann, M. (2008).

Evaluación de Patrones de Apego en Infantes Durante su Segundo Año en Dos Centros de Atención de Santiago de Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII (3), 197-207. [Fecha de Consulta 17 de Septiembre de 2021]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921795001>

Lyon,R. (2006).La interfaz entre el apego y la intersubjetividad: perspectiva desde el estudio longitudinal de apego desorganizado. *Revista de Psicoanálisis en internet*. No. 029.

Disponible en <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000533>

Marcelli,D; de Ajuriaguerra,J. (1987): Manual de Psicopatología del niño. Barcelona: Masson

Martínez Martín, M. Á y Bilbao León, M. C. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 215-230.



Martos-Pérez J, Llorente-Comí M. Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Rev Neurol* 2013; 57 (Supl 1): S185-91

Ministerio de Salud Pública. Carné de salud del niño/a. 2a ed. Montevideo: IMPO; 2008. 28p.

Millá, M. y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48 (2), S47-S5

Morales, S & Santelices, M (2007). Los modelos operantes internos y sus abordajes en psicoterapia. Vol. 25, N° 2. Chile. Recuperado en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082007000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007)

Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Téllez de Meneses M. Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol* 2010; 50 (Supl 3): S77-84.

Naiman, F. & Calzetta, J. (2012) El apego en los trastornos severos del desarrollo. Recuperado de  
<http://www.campusvirtual.psi.uba.ar/joomla/images/textos/A-Desarrollo.pdf>

Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la Teoría de Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2004, 4(1), 65-81. Disponible en:  
<https://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Trastornos del espectro autista. Obtenido de  
<https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/autismspectrum-disorders>

Pinzón Luna, Bárbara Kristel y Pérez Villar, María de los Ángeles (2014). Estilos de apego y relación con la figura materna en mujeres que viven violencia conyugal. *Psicología Iberoamericana*, 22 (1), 16-24. [Fecha de Consulta 17 de Septiembre de 2021]. ISSN: 1405-0943. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944229003>

- Potter, D., y Wing, L. (1999). Apuntes sobre la prevalencia del espectro autista. En el Congreso "Autism 99". Recuperado de: <http://espectroautista.info/prevalencia.html>
- Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y Autismo. Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo. Madrid, España: Trotta. Recuperado de [http://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/Riviere-\\_Desarrollo\\_normal\\_y\\_Autismo.pdf](http://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/Riviere-_Desarrollo_normal_y_Autismo.pdf)
- Rodríguez, E. (2005). La necesidad de considerar a la familia de las personas con trastornos del espectro autista (TEA) en el diseño de los servicios. Revista de investigación aplicada y experiencias educativas, 12, 121-130.
- Rogers, S.J., Ozonoff, S., y Maslin-Cole, C. (1991). A Comparative Study of Attachment Behavior in Young Children with Autism or Other Psychiatric Disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 483-488.
- Roman, M., Hodges, J., Palacios, J., Moreno, C y Hillman, S. (2017) Evaluación de las Representaciones Mentales de Apego a través de las Historias Incompletas: Aplicación Española de Story Stem Assessment Profile (SSAP). Revista Iberoamericana de diagnóstico y Evaluación. Vol. No 46. 5-19
- Sampedro Tobón, María Elena. Detección temprana de autismo ¿es posible y necesaria? CES Psicología, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 112-117 Universidad CES Medellín, Colombia.
- Sanini, C., Ferreira, C., Souza T, & Bosa, C. (2007). Comportamentos Indicativos de Apego em Crianças com Autismo. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Sigman, M., & Ungerer, J. A. (1984). Cognitive and language skills in autistic, mentally retarded, and normal children. Developmental Psychology, 20, 293-302
- Slade, A. (2009) Mentalizando lo inmentalizable. Criando niños del espectro autista. Recuperado de <http://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/slade.pdf>

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7, 269-281.

Torrens,E. (2005). La necesidad de considerar a la familia de las personas con trastorno del espectro autista (TEA) en el diseño de los servicios. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, ISSN 1576-5199, N°. 12, 2005, págs. 121-130

Valdez, D. (2016) *Autismos. Estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Recuperado de <https://bibliospd.files.wordpress.com/2019/03/autismos-estrategias-deintervencic3b3n-educativa.pdf>

Wing, L. *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1998

Wing, L.,Gould, J. (1979) Severe impairments of social interaction: and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9 (1), pp. 11-29

Yunta,J,. Palau,M.,Salvadó,B,& Valls,A. (2006). *Autismo: identificación e intervención temprana* . Recuperado de [https://www.acnweb.org/acta/2006\\_22\\_2\\_97.pdf](https://www.acnweb.org/acta/2006_22_2_97.pdf)