

---

# **EL SISTEMA DE APEGO EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**

---

ESTUDIANTE: NATALIA VENTURINI GAONA  
TUTOR: ASIST. MAG. ALFREDO PARRA  
MONTEVIDEO, 15 DE FEBRERO DE 2016

## RESUMEN

Desde las primeras teorizaciones sobre el autismo, propuestas por Kanner en 1943, se ha concebido a esta patología como producto de un déficit en la relación del niño con sus figuras parentales. Hoy, a setenta años del reconocimiento del autismo como entidad, todavía quedan rastros claramente vislumbrables de los mitos arraigados en estas primeras concepciones, que han dado lugar a una serie de culpabilizaciones que resultan aún difíciles de erradicar.

El presente trabajo pretende dar cuenta, a través de la revisión bibliográfica, de cuáles son las relaciones teóricas que se han establecido entre los conceptos de autismo y familia, y principalmente entre apego y autismo.

Para esto, se realizará una breve reseña histórica de la evolución de las definiciones de este trastorno, para luego desarrollar las conceptualizaciones más actuales, propuestas en las últimas décadas por la Asociación Americana de Psiquiatría y Simon Baron-Cohen. Además de ser los aportes más difundidos en la actualidad, estos últimos resultan de especial relevancia en tanto suponen un cambio de paradigma, una nueva concepción del trastorno que da lugar a nuevas formas de comprenderlo y abordarlo.

Una segunda parte de este trabajo pretende abordar la teoría del Apego propuesta por John Bowlby, e intentar dilucidar cómo este sistema se constituye en los niños con trastornos del espectro autista, y cómo influye en su posterior desarrollo.

Asimismo, se intentarán analizar las posibles formas de intervención que incluyan a la familia en el tratamiento, tomando en cuenta sus necesidades.

Un último capítulo intentará dar cuenta de la relevancia de esta temática a partir de una viñeta clínica.

**Palabras Clave: Autismo, Apego, Familia**

## INDICE

<b>1. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>2. LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.....</b>	<b>5</b>
2.1. Evolución histórica del concepto autismo.....	5
2.2. Conceptualizaciones actuales.....	7
2.3. Teoría de la mente.....	9
2.4. Principales áreas afectadas.....	11
2.5. Signos de Alarma y factores de riesgo.....	13
<b>3. LA TEORIA DEL APEGO.....</b>	<b>15</b>
3.1. La teoría de Bowlby.....	15
3.2. Clasificación del Apego.....	18
3.3. Apego y Mentalización.....	20
<b>4. EL SISTEMA DE APEGO EN NIÑOS CON TEA.....</b>	<b>24</b>
4.1 ¿Puede el autista establecer patrones de apego seguro? .....	24
4.2 El rol de la Mentalización.....	26
<b>5. LA FAMILIA DEL NIÑO AUTISTA.....</b>	<b>27</b>
<b>6. FAMILIA Y TRATAMIENTO.....</b>	<b>29</b>
<b>7. MATEO: Un caso clínico.....</b>	<b>32</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>38</b>

## 1. JUSTIFICACIÓN

El vínculo emocional entre el niño y su madre ha sido, desde los orígenes del psicoanálisis, un tema de central interés en los modelos explicativos del desarrollo de la personalidad (Lecannelier, Ascanio, Flores & Hoffmann, 2011).

A partir de la teoría del apego propuesta por Bowlby en 1958, y adoptada posteriormente por numerosos autores, se han realizado un sin fin de investigaciones que han vinculado al sistema de apego con diversas patologías, tales como maltrato infantil, psicosis, trastornos del humor, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos e incluso trastornos alimenticios (Soares & Dias, 2007). Sin embargo, en la actualidad, pocos han sido los aportes que se han realizado sobre cómo se constituye el sistema de apego en personas con trastornos del espectro autista (TEA), y cómo puede este vínculo influir en su posterior desarrollo.

El interés subyacente a la elección de esta temática se hace más intenso a partir de la experiencia clínica llevada a cabo con un niño autista, en el marco de la práctica de graduación "Actualización en técnicas de diagnóstico en Psicopatología infantil", en el año 2014. La particular relación de este niño con su figura de apego (que merece un capítulo especial en este trabajo) ha logrado despertar en mí un gran interés por esta temática que resulta tan compleja como atrapante.

El Trastorno del Espectro Autista es concebido, a nivel mundial, como uno de los trastornos más complejos de la infancia, y Uruguay no escapa a esta realidad. En una conferencia llevada a cabo en Agosto de 2015 y difundida por la secretaría de comunicación de Presidencia de la República Oriental del Uruguay, el presidente de la Federación Autismo Uruguay (FAU) Andrés Pérez constató que, según parámetros internacionales, el 1% de la población mundial padece trastornos del espectro autista. Si bien no existen estudios epidemiológicos a nivel nacional, si esta relación porcentual se mantiene para nuestro país, podríamos inferir que existen más de 30.000 personas que padecen TEA.

En este sentido, se plantea la necesidad de perpetrar nuevos aportes que contribuyan a difundir y sensibilizar a la población respecto al TEA, lo cual resulta de gran relevancia para lograr una mayor inclusión social y educativa que contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas autistas y de sus familias.

El presente trabajo pretende plantear algunos lineamientos teóricos que den luz, desde la psicología clínica a nivel nacional, de otras patologías discapacitantes de la infancia y adolescencia, que muchas veces se ven rodeadas de mitos discursivos pero que son carentes de

prácticas eficaces demostrables. Por esta razón, se cree pertinente revisar los aportes existentes sobre la temática, aportando información útil y actual sobre las tendencias orientadas a comprender y abordar este trastorno de forma integral, promoviendo estrategias de intervención actualizadas que incluyan a la familia y el entorno inmediato del niño.

## 2. LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

### 2.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO AUTISMO

En el año 1943, el psiquiatra austríaco Leo Kanner presenta en su artículo *Autistic disturbances of affective contact*, una descripción inicial acerca del síndrome autista, a partir del análisis exhaustivo de once niños que presentaban una serie de características conductuales comunes. Observó en estos niños un importante déficit en las relaciones interpersonales, importantes alteraciones en el lenguaje, y una tendencia a la repetitividad monótona que tiene como consecuencia un abanico restringido de actividades espontáneas. De esta manera, Kanner diferencia por primera vez al autismo de la esquizofrenia infantil, reconociéndolo como una entidad diferenciada, un «síndrome», que no había sido reconocido hasta el momento.

Baron-Cohen y Bolton (1993) manifiestan que desde entonces predominó una teoría psicógena del autismo, una creencia de que este síndrome era causado por un mal vínculo parental.

El mismo Kanner (1943), al final de su artículo, hace referencia a las figuras parentales de los niños por él examinados, describiéndolas como personas obsesivas, frías y formalistas. Deja entrever que quizá sea esta una de las causas de la afección. “Surge la pregunta de si, o hasta qué punto, este hecho ha contribuido a la condición de sus hijos” (p.36)

Asevera que si bien es una variable que se repite en todos los casos, el hecho de que los síntomas se presenten desde el nacimiento hace difícil atribuir las causas de la patología al déficit en las relaciones parentales, y concluye que las bases de este trastorno posiblemente sean biológicas. Sin embargo, estas primeras acepciones en torno a la temática han dado lugar a una serie de mitos y teorías que ha resultado difícil de erradicar.

Existen tres etapas claramente definidas en torno a las concepciones del autismo, identificadas por Rivière (2001):

En la primera etapa, ubicada entre la década del '40 y '60, predominan explicaciones psicodinámicas respecto a las causas de la enfermedad. Se concibe al autismo como un tipo de psicosis infantil causada por relaciones inadecuadas entre el niño y sus figuras de crianza, que dan lugar a una perturbación emocional y una ulterior alteración en el desarrollo del niño. Se propone como forma de tratamiento, una terapia dinámica que contribuya a establecer vínculos sanos, reafirmando que este sería un trastorno fundamentalmente emocional.

La segunda etapa se extiende de la década del '60 hasta el '80, y estaría caracterizada por el abandono de estas hipótesis. Comienzan a erradicarse viejos mitos y especulaciones en torno a las dinámicas familiares, para dar lugar a investigaciones en torno a las posibles causas neurobiológicas y cognitivas, más que afectivas. Esto da lugar a la aparición de nuevas formas de tratamiento e intervención tales como el programa *Lovaas* y el método *Applied Behavior Analysis (ABA)* enfocadas principalmente en la modificación de conductas. Aparecen los primeros centros educativos dedicados al tratamiento de la persona autista, y lentamente comienza a abandonarse el modelo psicodinámico basado en aquella culpabilización de la familia, dando lugar a nuevas teorías basadas en la psicología experimental, más concretamente en el conductismo.

Paulatinamente se comienza a diferenciar el autismo de la psicosis. Con la publicación de la clasificación DSM III de la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980, se vislumbra una nueva concepción del autismo, considerado ahora como perteneciente a la categoría de las afecciones generales del desarrollo. Esta concepción del autismo como afección en el desarrollo, motiva la investigación en torno a cuáles son los procesos mentales específicos que sufren alteraciones en esta patología, dando lugar a la aparición de una nueva etapa conceptual.

La tercer y última etapa, denominada cognitivista-interaccionista, se inaugura en el año 1985 con la tesis de doctorado de Simon Baron-Cohen. En su ya famoso artículo "*does the autistic child have a theory of mind?*", el autor establece las primeras hipótesis sobre un posible déficit del niño autista en la capacidad para elaborar una teoría de la mente, como principal proceso mental alterado en esta patología.

Esta última etapa se extiende hasta la actualidad. Durante estos años se logran importantes avances concernientes a la conceptualización del autismo, sus causas y su tratamiento. Aparecen modelos consolidados y fundamentados en el plano neurobiológico y genético y aparecen nuevos enfoques conceptuales que dan lugar a una comprensión más amplia del trastorno.

## 2.2 CONCEPTUALIZACIONES ACTUALES

En el año 1994, con su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ubica al trastorno autista dentro de los llamados Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), junto con otras cuatro categorías diagnósticas: trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y el TGD no especificado. Éstos estarían caracterizados por una perturbación generalizada de varias áreas del desarrollo tales como la interacción social y la comunicación, y por la presencia de comportamientos, intereses y actividades restringidas y estereotipadas.

En su última versión publicada en 2014 (DSM-V), la Asociación Americana de Psiquiatría reagrupa estos trastornos bajo la nomenclatura Trastornos del espectro Autista (TEA), pertenecientes a la categoría de los trastornos del desarrollo neurológico. Este cambio en la categorización tiene implicancias que trascienden una mera adecuación semántica, y que implican una nueva concepción del autismo.

El término espectro fue propuesto por primera vez por Lorna Wing y Judith Gould a partir de un estudio epidemiológico llevado a cabo en 1979 en la localidad de Camberwell – Londres, cuyo objetivo era identificar aquellos casos de niños con deficiencias sociales severas que no pudieran deberse a un bajo nivel intelectual. Este estudio permitió identificar determinados niños que se ajustaban a la descripción de Autismo propuesta por Kanner, pero también pudo vislumbrarse la existencia de pacientes que sin ajustarse a la descripción de autismo, mostraban deficiencias cualitativamente similares a las de los autistas en la interacción social y en la comunicación, y que poseían además un patrón de conductas rígidas y estereotipadas. A partir de este estudio se concibe que los síntomas del autismo pueden ser variados en el sentido cuantitativo y cualitativo, y que por consiguiente no pueden establecerse límites categóricos, ya que estos resultan difusos.

Este cambio de nomenclatura implica también un cambio de paradigma, en el sentido de que el autismo deja de ser entendido como una categoría definida y da lugar al concepto TEA, un término dimensional mucho más inclusivo que supone la alteración de un conjunto de capacidades que se presenta en distintas dimensiones según cada caso particular.

Hay muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas autistas, sin ser propiamente cuadros de autismo. Puede ser útil considerar el autismo como un continuo - más que como una "categoría" bien definida - que se presenta en diversos grados en diferentes cuadros del desarrollo, de los cuales sólo una pequeña minoría (no mayor de un 10 %) reúne estrictamente las condiciones típicas que definen al autismo de Kanner (Rivière, 2001, p.37).

El DSM-V (2014) establece cinco criterios diagnósticos para el TEA:

A. “Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos”. (APA, 2014, p.50). Éstas se verían reflejadas en el déficit en la reciprocidad social y emocional; en las dificultades para establecer conductas comunicativas para-verbales; y en las deficiencias en las relaciones interpersonales.

B. Comportamientos, actividades, e intereses restringidos y estereotipados que se manifiestan en la adhesión a actividades y rutinas específicas, y que resultan en apariencia inflexibles. El lenguaje, los objetos, los rituales de comportamiento, las estereotipias motoras, y el interés inusual por ciertos estímulos sensoriales, darían cuenta de este criterio diagnóstico.

C. Estos síntomas deben ser vislumbrados en las primeras etapas del desarrollo.

D. Los síntomas causan dificultades importantes en la cotidianidad de la persona, limitando su funcionamiento.

E. “Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo”. (APA, 2014, p.51). Si bien es frecuente que el Trastorno del Espectro Autista esté acompañado de una discapacidad intelectual, para establecer que existe una comorbilidad de estos trastornos, el nivel de comunicación social deberá ser inferior a lo esperado para el nivel de desarrollo.

Se establece que la manifestación de estas deficiencias varía según la edad del sujeto, su nivel intelectual y sus capacidades lingüísticas. Asimismo, se establece que será necesario detallar si el trastorno está o no acompañado por un deterioro intelectual o del lenguaje, y si está o no asociado a una condición médica o genética. Deberá además, especificarse el grado de gravedad del trastorno.

Se detallan, a continuación, tres niveles de gravedad especificados en el DSM-V (2014) que dependerán del tipo de ayuda que requiera la persona, y que podrán variar en el tiempo según el contexto y las condiciones dadas.

Grado 1 – Necesita ayuda: Logra establecer la comunicación, pero con ciertas deficiencias que generan fallas en la interacción con las demás personas. Denota poco interés en iniciar interacciones y generalmente lo hace de forma atípica o inadecuada. La dificultad para adaptarse a distintos contextos y alternar actividades obstaculiza la autonomía.

Grado 2 – Necesita ayuda notable: Dificultades llamativas en la comunicación verbal y para-verbal, acompañado de poca iniciativa para establecer interacciones sociales, siendo éstas referidas a intereses particulares concretos. Posee un comportamiento inflexible que genera



dificultades en el funcionamiento del sujeto en distintos contextos.

Grado 3 – Necesita ayuda muy notable: Existe una dificultad grave en el funcionamiento del sujeto, producto de las deficiencias en las aptitudes comunicativas. Casi no inicia interacciones sociales, y cuando lo hace resulta inadecuada o inhabitual. Manifiesta una intensa ansiedad y una dificultad extrema para enfrentar cambios, adhiriéndose a comportamientos repetitivos y restringidos.

## 2.3 TEORIA DE LA MENTE

En las últimas décadas, Simon Baron-Cohen (1995) ha desarrollado una teoría explicativa acerca de los síntomas principales del autismo, basada en el concepto de *Mindreading*; siendo esta la capacidad de inferir estados mentales tales como creencias, sentimientos, emociones, deseos, intenciones, pensamientos e ilusiones de los demás sujetos. Es esta capacidad de *leer mentes* lo que nos permite comprender las intenciones del otro y así predecir sus comportamientos futuros.

Siguiendo a Baron-Cohen (1995), esta es la forma natural que tiene el ser humano para comprender las interacciones sociales. Leemos mentes constantemente, de forma automática e inconsciente y sin realizar ningún tipo de esfuerzo.

Para este autor, el *mindreading* es un sistema compuesto por cuatro componentes básicos, que se detallan a continuación.

1. *Intentionally detector* (detector de intencionalidad). Supone la capacidad de inferir los estados mentales primitivos de metas y deseos en función de aquellos estímulos perceptuales referentes a los movimientos de acercamiento/alejamiento. Implica la capacidad de inferir que si una persona se acerca a un objeto, es porque quiere conseguirlo, y si se aleja de éste, es porque quiere evitarlo.

2. *The eye-direction detector* (detector de dirección ocular). Supone la capacidad de distinguir hacia dónde se orientan las miradas, y lograr comprender que si los ojos de una persona se orientan hacia determinado objeto, es porque se está mirando ese objeto.

3. *Shared Attention Mechanism* (Mecanismo de atención compartida). Mecanismo que permite advertir que otra persona está atendiendo al mismo objeto que yo. Para esto es necesario inferir, a través de estímulos perceptuales, qué es lo que el otro está viendo.

4. *Theory of Mind Mechanism* (Mecanismo Teoría de la Mente). Supone la capacidad de establecer una teoría coherente y útil, utilizando la información perceptual disponible. Esto

implicaría interpretar los comportamientos a partir de la inferencia de los posibles estados mentales subyacentes. Este mecanismo se logra aproximadamente a los cuatro años de edad, y está determinado por los mecanismos anteriormente descritos.

De acuerdo a Baron-Cohen (1995), existe en los niños autistas un déficit en el desarrollo de esta última función, que explicaría los síntomas fundamentales del trastorno. En este sentido, introduce en su obra el término *Mindblindness* (ceguera mental), contraponiéndolo al de *Mindreading*.

Asevera que la persona autista no tiene la capacidad de establecer representaciones mentales, y por consiguiente no logra comprender las emociones, ideas y pensamientos que determinan los comportamientos de los individuos. En este sentido, son *mentalmente ciegos*.

Por este motivo, tendrían una importante dificultad para interpretar los tonos de voz, expresiones faciales, posturas y gestos de los demás individuos. El autor sostiene que si una persona fuera “ciega” ante la existencia de estados mentales, el mundo le parecería impredecible, y por tanto, aterrador (Baron-Cohen, 1995).

Los aportes de Baron-Cohen han contribuido innegablemente a comprender y explicar los déficits en las principales áreas del desarrollo de los niños que padecen TEA. El concepto de ceguera mental que propone el autor, se ve claramente reflejado en varios aspectos del funcionamiento autista. En este sentido, la no-preferencia hacia los estímulos sociales, la poca responsividad, la incapacidad para iniciar y mantener actividades conjuntas, las dificultades en la adquisición del lenguaje y el desinterés en juegos de simulación y actividades imaginativas resultan ciertamente más comprensibles si lo pensamos en términos de ceguera mental. El niño que padece un trastorno del espectro autista no obtiene el placer habitual que posee el niño normal en la reciprocidad, y no lo motiva el intercambio social ni los sentimientos y deseos de los demás, porque no los comprende. (Slade, 2009)

Así, mientras los niños con buen desarrollo se sienten atraídos a formar relaciones desde sus primeros días de vida y son animados, estimulados e inmensamente recompensados por el intercambio social, los niños del espectro autista generalmente fracasan desde muy temprano en su orientación hacia el estímulo social -a saber, rostros, sonrisas, indicadores de afecto, etc. -y en cambio prefieren estímulos inanimados. (Slade, 2009, p.3)

## 2.4 PRINCIPALES AREAS AFECTADAS

Rivière (2001) establece que actualmente se mantiene vigente la descripción de la sintomatología del autismo propuesta por Kanner en 1943; y que las deficiencias cualitativas del relacionamiento, las alteraciones en el lenguaje y la inflexibilidad mental y comportamental, siguen siendo aún concebidas como las tres grandes áreas afectadas de este trastorno. Así lo establece también Martínez de Bagattini (2001), quien asevera que en los niños autistas se ven afectadas todas las funciones simbólicas: la comunicación, el juego, y las actividades sociales e intereses.

### **Interacción social**

Durante los primeros meses de vida, el infante desarrolla ciertas conductas orientadas a establecer una interacción con sus figuras parentales. Estas conductas son en principio adaptativas, y constituyen la base del desarrollo psicoafectivo del niño. La sonrisa social, el contacto ocular, las expresiones faciales y los gestos anticipatorios forman parte de este cúmulo de conductas que permitirán que el niño normal pueda establecer sus primeros vínculos.

Esto nos remite directamente al concepto de diálogo tónico, propuesto por Julián Ajuriaguerra en 1950 a partir del estudio de las relaciones entre la vida emocional y el tono muscular. Este tipo de diálogo constituye la primera forma de comunicación entre el niño y su madre, y se da a partir del contacto corporal. La madre establece una forma de comunicación con su hijo a través de la calidad de su tono muscular, transmitiendo distintos estados de ánimo. En este sentido, el niño y su madre hablan a través de su cuerpo, estableciendo una comunicación basada en la gestualidad (Guimón, 2009).

Martínez de Bagattini (2001) sostiene que estas formas de comunicación no verbal se ven afectadas en los niños autistas, quienes además no presentan la reciprocidad social y emocional características del niño normal. Existe una dificultad para interactuar espontáneamente con los demás, y generalmente prefieren realizar actividades solitarias, incluyendo a otras personas únicamente de forma mecánica, cuando pueden servir de instrumento para alcanzar un fin determinado. Estas alteraciones en la comunicación tendrán gran influencia en la instauración de los vínculos, que puede vislumbrarse tempranamente a partir de las primeras interacciones en la díada madre-hijo.

### **Lenguaje**

Existe en los niños autistas, un déficit en el lenguaje que varía según la severidad del

trastorno en cada caso particular. Estas dificultades oscilan entre la ausencia total de lenguaje, su tardía adquisición y/o un uso inusual o no compartible del mismo. Es frecuente que no se manifiesten las conductas lingüísticas pre-verbales de intención comunicativa, que son frecuentes en el desarrollo del niño normal. En los casos en que se logra desarrollar el lenguaje, su uso suele ser estereotipado.

En cuanto al contenido, cabe destacar que generalmente se presentan alteraciones en la sintaxis, neologismos, ecolalias y metáforas, que tienen por resultado un uso no compartible y que solo es comprendido por aquellas personas que se han familiarizado con ese estilo lingüístico. En este sentido, se establece un lenguaje idiosincrático.

En cuanto a los aspectos prosódicos del lenguaje, pueden presentarse anomalías en el ritmo, volumen y entonación.

Existen, además, dificultades en el lenguaje receptivo. El niño autista generalmente posee una comprensión literal del discurso, y en este sentido suele tener dificultades para entender bromas, ironías, metáforas e incluso órdenes simples. (Martínez de Bagattini, 2001)

## **Juego**

La importancia del juego en el desarrollo del niño ha sido un tema de central interés para el psicoanálisis. Bleichmar (2005) plantea que en el desarrollo normal, el juego constituye una actividad espontánea y autorregulada que se da a partir de los primeros meses de vida y que es motivada por el placer experimentado en explorar, descubrir y sentir que se domina un objeto. Por su parte Winnicott (1972) establece que en el juego se conjugan aspectos cognitivos y emocionales, por lo que contribuye al crecimiento y conduce al niño a establecer relaciones de grupo.

Martínez de Bagattini (2001) establece que el juego en los niños autistas se caracteriza por ser repetitivo y estereotipado, al igual que sus comportamientos e intereses en general, y parece carecer de imaginación y creatividad. Estos niños manifiestan déficits en el juego compartido e imitativo; prefiriendo jugar solos, manipulando objetos sin una finalidad aparente. Es frecuente que su foco de atención quede reducido a algunas actividades favoritas, como por ejemplo alinear juguetes, organizarlos, o analizarlos separadamente. Manifiestan, además, una ausencia de juego simbólico, el cual permite a cualquier niño establecer representaciones mentales que le otorguen un significado a objetos concretos para realizar una actividad lúdica. Siguiendo a Bleichmar (2005) utilizar objetos y darles sentido en una narrativa lúdica contribuye a manifestar deseos, expectativas o temores de su subjetividad, procesando la realidad que lo rodea y asimilando a los demás a su propia realidad. El autista manifiesta una gran dificultad en esta capacidad, y por el

contrario lo característico es el juego con objetos inanimados o con el propio cuerpo (rotar y agitar las manos y los pies).

Los aportes de Martínez de Bagattini (2001) nos permiten comprender, a grandes rasgos, las peculiaridades de este trastorno. Sin embargo, esta descripción nos remite directamente a la siguiente interrogante: ¿cómo y en qué momento son detectadas en el niño las dificultades previamente esbozadas?

## **2.5 SIGNOS DE ALARMA Y FACTORES DE RIESGO**

Larbán (2008) establece que entre el 30 y el 50% de los padres de niños autistas detecta anomalías en el desarrollo de sus hijos antes del primer año de vida. Sin embargo, la obtención de un diagnóstico concreto se logra aproximadamente a los dos años de esta detección. De hecho, el niño es diagnosticado en la mayoría de los casos a los cinco años de edad aproximadamente. Por este motivo, el autor realiza una guía para la prevención y detección temprana del autismo, basado en el seguimiento de la evolución del niño en la interacción con sus padres durante el primer año de vida, destacando la importancia de considerar los factores de riesgo que presenta no solo el bebé, sino también aquellos factores presentes en los padres que entorpecen la evolución del niño hacia un desarrollo normal.

Primeros tres meses de vida. Se destacan como principales signos de alarma en el bebé la ausencia de indicadores sociales tales como la sonrisa, el seguimiento con la mirada, movimientos anticipatorios y balbuceo. Puede manifestar una escasa o nula curiosidad exploratoria de sí mismo, de los demás y del entorno. Asimismo, será un signo de alarma si el bebé se muestra de carácter excesivamente tranquilo, presentando un llanto inexpresivo no orientado a la búsqueda de contacto.

Se considera un signo de alarma si la madre presenta dificultades para identificarse empáticamente con el bebé y para dar respuestas adecuadas a sus necesidades.

De los tres a seis meses de vida, será alarmante si los factores anteriormente descritos persisten, evolucionando hacia una evitación de la comunicación.

Durante estos meses puede observarse, además, una carencia en la interacción lúdica, en el juego creativo y en la exploración de objetos. Suelen presentarse movimientos estereotipados

(balanceo, aleteo) y conductas agresivas o autoagresivas.

Asimismo, pueden evidenciarse dificultades en la alimentación, en el sueño y en el baño, denotándose una ausencia de placer en estas actividades que tendrán gran influencia en la relación diádica de cuidados.

El riesgo será mayor si los padres tienen grandes dificultades para asumir esta situación y aceptar la condición de su hijo. Si los padres pueden investirlo en forma adecuada, desarrollarán con el niño una interacción apropiada que permitirá desarrollar mecanismos de compensación, potenciando los aspectos sanos del niño, lo cual contribuirá a disminuir su grado de discapacidad.

De los seis a doce meses de vida, el riesgo se acentúa si persisten los signos ya esbozados y si se incrementan las conductas de rechazo y evitación del vínculo. Existen signos de alarma que, si bien no son exclusivos del autismo, son de especial relevancia en esta etapa del desarrollo. En este sentido, puede observarse un retraso en la adquisición de la sedestación y bipedestación, una ausencia o dificultad en el gateo y una dificultad en el ajuste postural. Asimismo, puede observarse una carencia de conductas relacionales, ausencia de señalamiento y ausencia de sonidos de comunicación preverbal o de las primeras palabras. En esta etapa, es probable que el niño autista no reclame atención y no demuestre emociones, siendo este un signo de alarma de especial relevancia.

En cuanto a los signos de alarma presentes en los cuidadores, en esta etapa el riesgo será mayor si la persona que ejerce la función materna sigue mostrándose deprimida e incapaz de conectar empáticamente con el bebé. Esta dificultad en la empatía podría darse por carencia o por exceso, ya que esta última podría generar que la madre tenga la creencia de adivinar las necesidades del niño, anticipándose de forma no realista a sus demandas.

Larbán (2008) plantea la importancia de la obtención de un diagnóstico temprano que permita realizar una intervención durante el primer año de vida, ya que es un momento crítico en el niño por la plasticidad de su desarrollo cerebral. Asimismo, destaca la importancia de considerar los signos que implican un factor de riesgo no solo del bebé, sino también de sus cuidadores, ya que este es un elemento esencial en esta etapa del desarrollo. Los tratamientos serán más eficaces si se realizan de forma temprana, ya que una intervención adecuada basada en la interacción padres/hijo podrá tener gran influencia en el posterior desarrollo del niño, y le permitirá acceder a las funciones básicas para su desarrollo y para la interacción con el otro: comunicación, lenguaje, intersubjetividad y sociabilidad.

Los aportes de Martínez de Bagattini (2001) y de Larbán (2008), esbozados brevemente

en este capítulo, resultan de gran relevancia para comprender las vicisitudes y particularidades del niño autista y sus principales áreas afectadas. Sin embargo, estas no deben ser tomadas de modo dogmático, sino que es necesario intuir que al hablar de autismo hablamos también de espectro, es decir, de un conjunto de capacidades que se encuentran alteradas en mayor o menor medida. En este sentido, cabe destacar que el niño con TEA sí es capaz de establecer relaciones interpersonales, desarrollar el lenguaje y presentar juego compartido, y no todos los niños con TEA presentarán los mismos signos de alarma que han sido descritos, sino que estas capacidades se verán alteradas en distintas dimensiones según cada caso particular.

### **3. EL APEGO**

#### **3.1 LA TEORIA DE BOWLBY**

La teoría del Apego propuesta por Bowlby se centra en el estudio del vínculo emocional entre el niño y su primer cuidador, que suele ser su madre. Tal como es reconocido unánimemente por los psicoanalistas, estas primeras relaciones sentarían las bases de la personalidad del niño y funcionarían como paradigma de las relaciones posteriores. (Bowlby, 2012)

Los aportes psicoanalíticos empleados hasta 1950, sostenían que las bases de estos primeros vínculos entre el niño y su madre se encontraban en la satisfacción de las necesidades fisiológicas de alimento y gratificación oral del infante, y por su predisposición innata a succionar el pecho materno, que llevan al niño a intuir que el pecho pertenece a su madre y esto hace que se apegue a ella. Dice Freud (1940): “El amor tiene su origen en el apego que crea la necesidad satisfecha de alimentos” (citado en Bowlby, 2012, p.249)

La propuesta de Bowlby esbozada por primera vez en 1958, difiere principalmente en este aspecto. Propone que el sistema de apego es producto de una serie de conductas instintivas que llevan al niño a aproximarse a su madre, convirtiéndose este acercamiento en una meta prefijada que permite la seguridad para la exploración del entorno. Sin embargo, estas conductas no estarían dadas por la necesidad de alimento, sino que serían producto de una herencia arcaica que tendría por finalidad la protección y la supervivencia de la especie.

Adviértase que, en nuestra formulación, no se hace referencia alguna a «necesidades» o «impulsos». Por el contrario, se considera que la conducta de apego

tiene lugar cuando se activan determinados sistemas de conducta. Y creemos que tales sistemas de conducta se desarrollan en el bebé como resultado de su interacción con el ambiente de adaptación evolutiva y, en especial, con la principal figura de ese ambiente, es decir, la madre. De acuerdo con esta teoría, la comida y el acto de alimentarse sólo cumplen un papel de menos importancia en su desarrollo. (Bowlby, 2012, p.250)

La principal discrepancia entre las teorías psicoanalíticas Freudianas predominantes hasta la época y los postulados de Bowlby, radica en el enfoque conductual que emplea este último. Siguiendo a Fonagy (2004) el punto de vista Freudiano supone una importante base para el desarrollo de la teoría del apego, pero a Bowlby le ha resultado insuficiente en tanto es restringido respecto a los factores culturales y sociales que inciden en el desarrollo. En este sentido, Freud sienta las bases del relacionamiento madre-hijo en la necesidad de gratificación oral, mientras que Bowlby ubica el núcleo de esta relación en el interés y en la predisposición arcaica a establecer vínculos con el otro. Sin embargo, ambos enfoques han coincidido en la importancia que la sensibilidad maternal y la instauración del vínculo madre-hijo tiene en el posterior desarrollo de la personalidad y en la seguridad del niño.

Bowlby (2012) establece que existen diversas pautas conductuales que dan cuenta de que el niño se comporta de manera diferenciada ante la presencia de la madre, que ante la presencia de otras personas. El bebé comienza a emplear conductas dirigidas a atraer la atención de su madre: sonríe, balbucea, la saluda, realiza artimañas, llora cuando se aleja, la sigue cuando se marcha y de esta forma logra que ésta se quede más tiempo a su lado. Estas conductas están orientadas a intensificar la interacción con la madre y, por consiguiente, a mantenerla cerca.

Se distinguen, entonces, cinco pautas conductuales que se activan de manera que el niño tiende a mantener cierta proximidad con su madre: succión, aferramiento, seguimiento, llanto y sonrisa. Bleichmar (2005) plantea que estas conductas de apego son activadas por situaciones que implican una amenaza a la seguridad del niño. La respuesta de cuidado de su figura de apego reestablecerá la seguridad, y la repetición de estas interacciones determinarán las expectativas de disponibilidad que el niño posea sobre su cuidador. Mantener esta proximidad, le permite al niño evitar la soledad y mantener una relación estable con el ambiente, brindándole la seguridad necesaria para la exploración de un entorno desconocido. “La experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego, que es, por tanto, primero y por encima de todo, un regulador de la experiencia emocional” (Fonagy, 1999, p.1).

En este sentido, la seguridad que el niño presente será directamente proporcional a la disponibilidad que la figura de apego manifieste. Esta disponibilidad estaría dada no solo por la presencia real del cuidador en situaciones atemorizantes, sino también por su accesibilidad y por su disposición a responder de manera adecuada, protegiendo al niño y brindándole consuelo. Tal



es así, que el niño será menos proclive a experimentar miedos intensos si confía en la presencia de su figura de apego. Esta confianza estará determinada por las expectativas de accesibilidad que el niño posea en cuanto a su cuidador, y estará basada en experiencias anteriores. (Bowlby, 2009)

Retomando los postulados de Bleichmar (2005), el llanto del niño oficia como disparador que activa la disponibilidad de la madre, quien responderá a las demandas del bebé en base a su sistema motivacional de apego. Si la madre logra responder a estas demandas de manera segura, el niño tenderá a buscar la repetición de la búsqueda de proximidad ante situaciones adversas. Por el contrario, si la madre ignora o rechaza los intentos de aproximación, los comportamientos de apego no asegurarán ni calmarán al niño, duplicándose la amenaza y generándose una ruptura en la expectativa de seguridad.

Este es un punto de convergencia con los postulados de Winnicott (1958) quien asevera que la capacidad del cuidador para dar una respuesta adecuada será determinante de la fuerza o debilidad yoica del niño. En este sentido, la sensibilidad materna adquiere un rol fundamental en los primeros años de vida, propiciando la calma del bebé a través de respuestas que tiendan a disminuir su ansiedad y calmen su malestar.

En este sentido, Bion (citado en Altman & Gril 2000) introduce el concepto *rêverie* para abordar la función materna. Este término francés significa “ensueño”, y es escogido por Bion aludiendo al estado mental que deberá tener la madre para estar en sintonía con las necesidades de su bebé. La función *rêverie* radica en la capacidad de la madre para dar contención al niño y estaría dada por la capacidad de ayudar al bebé a elaborar aquellos elementos intolerables o displacenteros que le despiertan ansiedad, y que el niño es incapaz de metabolizar (elementos beta). A partir de la función *rêverie* la madre devuelve al niño elementos que puedan ser pensados y tolerados por el (elementos alfa),–brindando soporte para elaborarlos, conteniendo así sus ansiedades y emociones. “La madre con su *rêverie* ordena el caos de sentimientos y emociones del niño y se los devuelve reordenados” (Altmann & Gril, 2000, p.10). En este sentido, Ainsworth (citado en Bleichmar, 2005) establece que la sensibilidad materna estará dada por la capacidad espontánea de sintonizar a las señales emitidas por el bebé, interpretarlas y responder a ellas de manera apropiada, estimulando al niño sin sobrecargar la interacción, lo cual fomentará su seguridad.

Para Winnicott (citado en Fonagy, 2010), un correcto desarrollo de la función materna propiciará la aparición del verdadero self en el niño. Este radica en la capacidad del bebé para reconocer y representar sus necesidades; aparece de manera espontánea y permite la constitución de un mundo interno original y particular. Para que esto sea posible, la madre deberá

ser lo *suficientemente buena*, siendo receptiva a los gestos espontáneos del niño a partir de su aceptación y complicidad. Sin embargo, el verdadero self sólo podrá evolucionar en presencia de un cuidador no intrusivo, que sirva de sostén para que el niño pueda explorar el ambiente de forma auténtica.

Por el contrario, si la madre no es *suficientemente buena* y no responde de manera adecuada a las necesidades del niño, este tenderá a sustituir el gesto espontáneo anticipándose a las demandas del otro y adoptando una actitud de conformidad que sentará las bases del falso self. Siguiendo los postulados de Winnicot (citado en Paineira, 1988) en todo sujeto existe una organización interna que él denomina Falso Self, que protege al verdadero y que estará constituido por la implementación de medidas funcionales y adaptativas. Siguiendo a Fonagy (2010) el concepto de falso self se centra en el postulado de que los estímulos internos pueden resultar traumáticos si el cuidador no es capaz de contener las demandas del niño.

Bowlby (2009) asevera que la conducta de apego no se limita a la infancia, sino que persiste durante toda la vida. El niño elige inicialmente su figura de apego central (generalmente su madre), y luego figuras subsidiarias (padres, abuelos, tíos). Posteriormente, el individuo elegirá nuevas figuras de apego y mantendrá la proximidad con éstas, lo cual le permitirá establecer vínculos afectivos. Esto será, durante toda la vida, una fuente de seguridad y dicha que podrá observarse tanto en la infancia, como en la adolescencia y la adultez. (Bowlby, 2012)

### 3.2 CLASIFICACION DEL APEGO

En el año 1978, Ainsworth, Blehar, Waters & Wall realizan una clasificación de los estilos de apego del niño a partir de una investigación que se denominó *La situación extraña*, y que consistió en generar episodios de separación entre el niño y su cuidador. A partir de las conductas evidenciadas en el niño durante estos episodios, y durante el posterior reencuentro, se establecieron cuatro categorías de apego que se detallan a continuación (Bleichmar, 2005).

- Apego seguro (B)

Se caracteriza por un modelo de funcionamiento interno basado en la confianza en el cuidador, que es percibido por el niño como accesible y receptivo. Ante la ausencia de éste, se evidencia una ansiedad de separación, y al reencontrarse, el niño vuelve a sentirse seguro. Bowlby (2009) establece que la confianza en la accesibilidad del cuidador es determinante de la seguridad del sistema de apego.

- Apego ansioso – evitativo (A).

Se caracteriza por la poca ansiedad demostrada durante la separación con el cuidador, y un evidenciable desinterés en el reencuentro con este, lo cual es interpretado como una clara desconfianza en su disponibilidad. Main y Weston (citados en Bleichmar, 2005) establecen que esta conducta evitativa no implica una ausencia de angustia, sino que constituye un mecanismo defensivo ante la angustia de separación.

Fonagy (1999) establece que este tipo de apego se configura en niños cuyos cuidadores no han logrado reestabilizar sus respuestas emocionales desorganizantes en determinadas circunstancias, o lo han sobrestimulado de manera intrusiva. Por esta razón el niño sobregula su afecto y evita situaciones potencialmente perturbadoras.

- Apego ansioso-ambivalente/resistente (C)

Existe en el niño ansiedad de separación al ser alejado de su cuidador, pero en el reencuentro con este, no logra mantener la calma. Esto se interpreta como una conducta de exageración del afecto por parte del niño para asegurar la atención del cuidador.

Siguiendo a Bowlby (2009), aquellos niños que manifiestan evidentes grados de dependencia con su figura de apego demuestran la poca confianza que tienen en que esta sea accesible cuando se la necesite, y por lo tanto adoptan la estrategia de mantenerse cerca como forma de asegurar su disponibilidad.

- Apego desorganizado/desorientado.

Main y Hesse (citado en Bleichmar, 2005) establecieron que aquellos niños cuyas conductas al ser separados de sus cuidadores no aplicaban a ninguna de las clasificaciones anteriores, tenían un patrón de apego desorganizado. Este estilo de apego se caracteriza por la preponderancia de conductas agresivas, contradictorias y estereotipadas de los padres en el acercamiento con el niño. El cuidador es causa de ciertas experiencias atemorizantes, y a su vez protagonista de experiencias de ser reconfortado. Por este motivo el niño se encuentra ante la situación contradictoria y paradójica de necesitar protección de una figura, que a su vez, le provoca temor.

Siguiendo a Bleichmar (2005) al no existir una posibilidad de elección entre estos significados contradictorios, el niño recurrirá a la disociación como forma de reacción defensiva o inhibirá defensivamente el sistema motivacional de apego.

### 3.3 APEGO Y MENTALIZACIÓN

Hemos visto cómo la teoría del apego propuesta por Bowlby ha contribuido a la realización de nuevos y numerosos aportes que han sido de gran relevancia para comprender el desarrollo y la importancia de los primeros vínculos del niño. El mismo Bowlby (2009) ya había teorizado acerca de la influencia que la constitución del sistema de apego puede tener, no sólo en las relaciones sociales posteriores del niño, sino también en el desarrollo de diversas patologías. En este sentido, Cherro (2010) establece que la teoría del apego ha tendido un puente entre la psiquiatría y el psicoanálisis.

Esto ha dado lugar a la realización de diversas investigaciones que han vinculado el sistema de apego con patologías tales como psicosis, trastornos del humor, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos, trastornos alimenticios, entre otros (Soares & Dias, 2007).

Asimismo, hemos visto cómo se ha vinculado al sistema de apego con importantes mecanismos del desarrollo emocional (seguridad, autoestima, autorregulación). En este sentido, se considera de especial relevancia, para la elaboración de este trabajo, abordar algunos aportes que han vinculado la capacidad de mentalización con el sistema de apego.

Fonagy (1999) relaciona el apego seguro con lo que él denomina capacidad de mentalización o función reflexiva, siendo esta la capacidad de comprender la conducta propia y la de los demás en términos de estados mentales. Esto implicaría interpretar la conducta en términos de deseos y pensamientos inferidos y no en términos de resultados visibles de la realidad física, lo cual permitirá además, comprender y predecir comportamientos futuros de las demás personas.

Para explicar de forma más ilustrativa estos postulados, Fonagy (1999) hace alusión a la prueba de falsa creencia, propuesta por Wimmer y Perner en 1983. Ésta sería una prueba fundamental para discernir si un niño posee o no la capacidad de mentalizar, y consistiría en situarlo en una situación concreta en la cual sus propias creencias son distintas a las de otra persona. Para superar esta prueba, el niño deberá ser capaz de inferir que dos personas pueden tener distintas creencias respecto a la misma situación (Baron-Cohen, 1985).

La prueba consiste en contarle al niño la siguiente historia: Max y su madre se encuentran en la cocina. Max esconde un chocolate en una caja, especificando que saldrá a jugar pero luego

volverá a buscarlo para comerlo. Cuando Max sale, su madre quita el chocolate de la caja y lo esconde en un cesto. Se le pregunta al niño: "¿Dónde buscará Max el chocolate cuando vuelva?"

Siguiendo a Wimmer y Perner (Citado en Fonagy, 1999), los niños con desarrollo normal de cuatro y cinco años son capaces de predecir que Max buscará el chocolate en la caja en la que el mismo lo dejó, infiriendo así sus falsas creencias. Los niños más pequeños, por el contrario, basarán su respuesta en la propia representación de la realidad física y no en los posibles estados mentales del otro. Fonagy (1999), tomando los aportes de Meltzoff, Repacholi y Gopik, establece que la capacidad de comprender deseos ajenos se logra durante el segundo y tercer año de edad, y que para ese entonces, los niños poseen la capacidad de comprender que las conductas de otras personas pueden estar motivadas por deseos distintos a los propios.

Esta capacidad de comprender los comportamientos de los demás en términos de estados mentales, permitirá al niño diferenciar los pensamientos de la realidad objetiva, comprendiendo que las ideas son meras representaciones de la realidad en lugar de réplicas directas de la misma. Esto permite al niño la simbolización de afectos, lo cual contribuirá a procesar las actitudes de los otros hacia el self y a simbolizar conflictos y situaciones traumáticas. Tal es así que si, por ejemplo, el niño es maltratado y no tiene la capacidad de mentalizar, no podrá atribuir el comportamiento de su cuidador a sus estados mentales, y estas situaciones serán comprendidas como indicadores de poco valor propio, internalizando una visión de sí mismo como no merecedor de ser querido.

Asimismo, la capacidad de mentalizar permite al sujeto predecir los comportamientos de los demás, y así regular la propia conducta en función de la posible reacción del otro, optimizando la comunicación. Esto tendrá gran influencia en la regulación emocional, permitiendo inhibir o manifestar las expresiones emocionales en base al impacto que estas tendrán en los demás. Por consiguiente, la capacidad de mentalizar tendrá grandes influencias en el desarrollo del niño, tornando posible que este establezca relaciones interpersonales e intercambios subjetivos adecuados. (Lanza, s.f)

En 1998, Fonagy, Target, Steele y & Steele elaboraron un manual para la evaluación de la función reflexiva, con la intención de encontrar correlaciones entre la capacidad de mentalizar de los padres y los posibles patrones de apego de sus respectivos hijos.

Se destaca la importancia de utilizar las respuestas obtenidas por los individuos en la entrevista de apego del adulto (AAI), siendo ésta una herramienta diseñada en la década del 80 por George, Kaplan y Main para evaluar los modelos operacionales internos en personas adultas. Consiste principalmente en una serie de preguntas que se le hacen al entrevistado sobre sus relaciones de apego en la infancia, para obtener elementos clasificables y cuantificables respecto a sus estados mentales en relación a esas experiencias. Implica, por consiguiente, evaluar la

capacidad que tiene el sujeto de reflexionar sobre sus experiencias de apego tempranas. (Lanza, 2011). Siguiendo a Ibáñez (2013), de acuerdo al tipo de narrativa que se emplee en esta entrevista, se podrán identificar los modelos operacionales internos (MOI) correspondientes a cada individuo. Estos serían los esquemas representacionales que sintetizan las experiencias tempranas con los cuidadores. “Los MOI están formados por una representación de sí mismo como merecedor de ser cuidado, del otro como cuidador y de la relación posible entre los dos” (Ibáñez, 2013, p.5).

Siguiendo a Fonagy (1999), la escala de función reflexiva evalúa la capacidad que tiene el sujeto de inferir el estado mental propio y el de los demás, lo cual oficiaría como herramienta para comprender las experiencias vivenciadas en relación a sus cuidadores. Para obtener un óptimo resultado en estas evaluaciones, las narraciones deberán reflejar la inferencia de estados mentales que permitan comprender las razones que subyacen a las conductas empleadas por sus padres, evocando estados mentales en la infancia y en la actualidad. Se pretendió determinar si la capacidad de reflexionar acerca de los estados mentales propios y ajenos durante la entrevista de apego del adulto, podrían predecir la seguridad en el apego del infante.

Fonagy, Higgitt, Steele, Steele, & Moran (1991) establecieron, mediante de un estudio llevado a cabo con adultos a partir de la AAI y posteriormente con sus hijos a través de la situación extraña, que aquellos sujetos que obtenían altas puntuaciones en su capacidad reflexiva tenían entre tres y cuatro veces más probabilidades de establecer un patrón de apego seguro con sus hijos, en comparación con aquellos adultos cuya capacidad reflexiva era limitada. Este estudio permitió observar que los resultados de la AAI se corresponden en gran medida a los resultados obtenidos en la situación extraña aplicada a sus hijos. En el 75 % de los casos fue posible predecir con éxito si el niño demostraría un patrón de apego evitativo o seguro en la situación extraña al año de edad.

Por consiguiente, podría estipularse que existe un alto nivel de concordancia entre la apreciación de la función reflexiva en la AAI, y la clasificación de la seguridad del niño observada en la situación extraña; estando esta seguridad determinada por la capacidad maternal y paternal para comprender los estados mentales del infante. Asimismo, esta capacidad de los progenitores estará establecida por la propia historia de apego de cada uno de ellos (Fonagy, et al., 1991).

Estos estudios han mostrado que el estilo de apego de los cuidadores principales tendrá gran influencia en la transmisión de los modelos operacionales internos, existiendo una alta concordancia entre los estilos de padres e hijos en la seguridad o desorganización del apego. Se ha demostrado, además, que los MOI se relacionan estrechamente con la capacidad de comprender, expresar y regular las emociones. En este sentido, una función reflexiva alta en los

padres promueve la confianza en las interacciones del niño. Por el contrario, aquellos cuidadores que muestren una pobre función reflexiva, tenderán a desatender las necesidades de apego del niño, generando patrones inseguros de apego.

Ahora bien, ¿por qué se da esta concordancia entre la calidad de la capacidad de mentalización de los padres y el sistema de apego establecido con sus hijos? Altmann (2007) establece que si los cuidadores son capaces de interpretar los estados mentales que subyacen a las perturbaciones del niño, serán capaces de reflejar sus emociones y comunicar que no hay un peligro real por el cual preocuparse, creando la posibilidad de que el bebé genere representaciones mentales de su ansiedad, formando un modelo integrado y coherente sobre la realidad que contribuirá a fortalecer su seguridad. De esta forma el niño buscará en la respuesta de su cuidador, una representación de sus estados mentales que pueda internalizar y utilizar como parte de una estrategia en su regulación emocional. Siguiendo estos postulados, el sistema de apego oficia como regulador del afecto y se establece en base a las respuestas y expresiones emocionales entre la madre y el bebé.

Sin embargo, si el niño es descuidado por sus cuidadores y estos tienden a reaccionar muy débil o muy intensamente ante las manifestaciones emocionales del bebé, se generará confusión y angustia en él. Por este motivo se originarán fallos tempranos para integrar y simbolizar información dolorosa y contradictoria, formando modelos múltiples y contradictorios de la realidad que son característicos de los modelos de apego inseguro. “El padre que no pueda pensar acerca de la experiencia mental del niño lo priva de la base para un sentido viable de sí mismo” (Altmann, 2007, p.4)

Fonagy et al. (citado en Leccanier, 2004) establece que los niños que desarrollen un patrón de apego seguro, y cuyos padres posean una buena función reflexiva, tenderán a desarrollar más precozmente una teoría de la mente, siendo el apego el contexto que propicie su formación y desarrollo.

Siguiendo esta línea, las relaciones tempranas padres-hijo constituyen el núcleo propicio para que el niño pueda aprender sobre los estados mentales. La capacidad parental de mentalizar, permitirá responder de forma sensible y adecuada a las demandas del niño, promoviendo en él la regulación del afecto y la integración que permitirá comprender y procesar el ambiente social. (Slade, 2009)

## 4. EL SISTEMA DE APEGO EN NIÑOS CON TEA

### 4.1. ¿PUEDE EL AUTISTA ESTABLECER PATRONES DE APEGO SEGURO?

Tal como fue descrito con anterioridad, existen diversos patrones de conducta que se activan en el bebé de manera tal que este tiende a mantener una proximidad con su madre (succión, aferramiento, seguimiento, llanto y sonrisa), sentando las bases del sistema de apego (Bowlby, 2012). También hemos vislumbrado cómo el niño autista tiende a suprimir estas conductas. Este aspecto, agregado a los déficits comunicativos, el rechazo al contacto físico, las dificultades de establecer juego compartido y la incapacidad de inferir emociones, sentimientos y pensamientos de los demás, inevitablemente me llevan a cuestionarme cómo se establece el sistema de apego entre un niño autista y su cuidador.

Durante mucho tiempo se pensó que estos niños eran incapaces de establecer lazos afectivos con sus figuras primarias y que carecían de la habilidad de establecer relaciones intersubjetivas y manifestar conductas de apego, ya que actuaban como si los demás sujetos fueran objetos carentes de subjetividad. El mismo Bowlby (1969) consideró que en el niño autista se establece un desarrollo demorado o incluso una inhibición de los vínculos afectivos. Sin embargo, la ausencia de las conductas orientadas a mantener la proximidad con el cuidador no serían producto de una actitud de desapego y desinterés, sino que son causa de las dificultades que origina su sistema representacional frágil e inconsistente, que dificulta la comprensión de las relaciones sociales (Naiman & Calzetta, 2012).

Siguiendo a Naber et al. (2007), los aspectos anteriormente mencionados han dado lugar a grandes discrepancias en torno a la siguiente interrogante: ¿es el niño autista capaz de establecer patrones de apego seguro? Diversas investigaciones empíricas basadas en la situación extraña han demostrado que sí lo son. Sin embargo otros estudios similares mostraron que los niños autistas tienden a constituir sistemas de apego desorganizado.

Pipp-Siegel, Siegel & Dean (citado en Nabel et al., 2007) establecen que existen diversos indicadores conductuales tales como conductas estereotipadas, movimientos y expresiones no dirigidas y expresiones desorientadas, que dan cuenta de los estilos desorganizados de apego. Sin embargo estos comportamientos son también típicos del trastorno del espectro autista, y resulta vital poder discernir que estas conductas no actúan como informadoras de aspectos relacionales con el cuidador, sino que son parte del trastorno. Siguiendo a Cherro & Trenchi (2007), en el niño autista puede manifestarse algún tipo de respuesta social, pero los patrones habituales de apego no se desarrollan de la misma manera que en el niño normal. Esto no



implicaría que el niño que padece TEA sea incapaz de establecer un vínculo de apego, sino que lo hará de una manera no-convencional.

Así lo establecen también Rutgers et al. (2004), quienes aseveran que han existido grandes controversias respecto a si los niños autistas tienen la potencialidad de establecer sistemas de apego seguro, destacando la existencia de estudios que muestran comportamientos atípicos en los procedimientos basados en la situación extraña. Estos comportamientos estarían dados por la preferencia por el contacto con extraños ante el cuidador, ausencia de emoción en el reencuentro, o incapacidad de ser reconfortado por el cuidador mediante el contacto físico. De esta forma, varias investigaciones han encontrado bajos porcentajes de seguridad en el apego en niños autistas en comparación con grupos de niños sin patología.

Sin embargo, una mayor cantidad de estudios empíricos han evidenciado conductas tales como la búsqueda de proximidad con el cuidador en situaciones de separación o preferirlo antes que a un extraño, demostrando que estos niños sí son capaces de establecer apegos seguros y no mostrando diferencias cuantitativas en la seguridad en comparación con otros grupos de niños sin TEA.

Ahora bien ¿por qué se genera esta contradicción en los resultados de investigaciones basadas en procedimientos similares? Rutgers et al.(2004) indican que la severidad del trastorno y el nivel intelectual de los niños examinados podrían explicar estas diferencias.

Rogers, Ozonoff & Maslin-Cole (citado en Rutgers et al., 2004) encontraron, en sus investigaciones, que los niños autistas con mayor nivel intelectual tienden a desarrollar sistemas de apego más seguros que aquellos niños de bajo nivel. Esto resulta relevante dado que existe un gran porcentaje de comorbilidad de TEA con retardo mental, y en la mayoría de los estudios comparativos realizados podría existir una discordancia entre la edad cronológica y la edad mental de los niños examinados. Los autores establecen que una comparación entre niños autistas con y sin retardo mental, podría arrojar resultados más concretos y fiables.

Este es un punto de convergencia con Naber et al. (2007) quienes concluyen que los niños con TEA son capaces de conformar sistemas de apego seguro, aunque se ha evidenciado un mayor porcentaje de apego desorganizado en comparación con niños que no padecen este trastorno. Asimismo, establecen que la severidad del trastorno y el bajo nivel de desarrollo mental serán importantes predictores del desarrollo de un sistema de apego desorganizado. Esto estaría dado por las dificultades de estos niños para comprender los episodios de separación-reunión, que los lleva a mostrarse desinteresados o confundidos, dando lugar a conductas más desorganizadas en comparación con niños de alto funcionamiento mental.

Retomando los aportes de Rutgers y sus colaboradores (2004), los niños del espectro autista son capaces de establecer comportamientos de apego seguro, independientemente de sus

déficits en la reciprocidad social y en la interacción, los cuales dificultan esta capacidad pero no la anulan. Esto ha sido evidenciado en la mayoría de los estudios hasta entonces realizados, los cuales han mostrado evidencia de comportamientos que denotan estilos de apego seguro en estos niños. Si bien existe una diferencia cuantitativa entre la seguridad en el apego de los autistas y niños sin patología, esta diferencia desaparece cuando se realizan comparaciones con niños autistas cuyo trastorno es menos severo y presentan un alto funcionamiento mental.

Siguiendo estos postulados, la inseguridad/desorganización del apego en niños autistas estaría más bien relacionada a la comorbilidad de autismo y retardo mental.

## 4.2 EL ROL DE LA MENTALIZACION

En el presente trabajo se ha hecho hincapié en que el sistema de apego está estrechamente vinculado a la capacidad de mentalización de los padres, la cual les permitirá dar sentido a la experiencia interna del bebé y responder a ella en base a esta comprensión, fomentando la experiencia de seguridad.

Slade (2009) asevera que en el desarrollo normal, el bebé es naturalmente proclive a formar relaciones interpersonales. A partir de determinados indicadores de afecto tales como la sonrisa, la mirada y los movimientos anticipatorios, el niño comienza a establecer sus primeros intercambios sociales. Además es estimulado y recompensado por su entorno más inmediato por el intercambio social, lo cual oficia como facilitador y gran fuente de motivación y gratificación.

Sin embargo, en el niño autista se establece una falla temprana en la orientación hacia el estímulo social, prefiriendo en cambio estímulos inanimados. Por esta razón, las experiencias relacionales tempranas no brindan las oportunidades para el descubrimiento y regulación que se establece en el niño normal. Por el contrario, para el niño autista las experiencias relacionales resultan desorganizadoras y desreguladoras, lo que generará que se aíse y evite el relacionamiento. “Esto no sólo aísla profundamente al niño sino que también lo priva de las muchas formas de comprensión propia y ajena, que evolucionan a partir de las relaciones primarias” (Slade, 2009, p.3)

Ya hemos enfatizado en cómo las relaciones tempranas del niño, en el desarrollo normal, constituyen el núcleo del aprendizaje sobre los estados mentales. La madre, al inferir los estados mentales del bebé, le permitirá a este último descubrir y comprender su propia experiencia interna, lo cual será esencial para que el niño desarrolle su capacidad de mentalizar. De esta forma, el bebé aprenderá sobre sus estados mentales al verlos reflejados en su cuidador. Así lo establece Winnicott: “el padre/madre se encuentra con el gesto espontáneo del niño, dándole vida y

significado” (citado en Slade, 2009, p.4)

Ahora bien, siguiendo a Slade (2009) este proceso que parece ser instintivo y espontáneo, se ve gravemente perturbado en los cuidadores del niño autista ya que estos tendrán grandes dificultades para comprender y representar la experiencia interna del infante. Esta dificultad estaría dada por la desafiante tarea de inferir los estados mentales de un bebé que tiende a suprimir indicadores tales como la sonrisa, el contacto visual, y los movimientos anticipatorios, que en el desarrollo normal ayudan a dar sentido su experiencia interna. Por esta razón se generará una importante complejidad para interpretar las conductas comunicativas del niño autista, que resultan en apariencia no-comunicativas. En este sentido, los padres se encontrarán con la difícil tarea de “mentalizar lo inmentalizable” (Slade, 2009, p.1)

Además, estos niños no son tan fácilmente confortados ante situaciones de tristeza, miedo o enojo. Las expresiones de estos afectos negativos resultan más intensas, duraderas y desreguladoras y por lo tanto serán más difíciles de regular. En este sentido, la capacidad de mentalizar de los padres será puesta a prueba en estas situaciones y se enfrentarán a esta difícil tarea sin obtener la recompensa de reciprocidad y gratificación tan característica en el vínculo con el niño normal.

Los postulados de Slade (2009), brevemente esbozados en este capítulo, permiten vislumbrar que el sistema de apego no sólo estará fuertemente influenciado por los déficits que padece el niño, sino que también estará influenciado por el impacto que este diagnóstico tiene en el núcleo familiar, especialmente en los cuidadores. Desde esta perspectiva, se me hace inevitable cuestionarme cómo afronta la familia el terrible desafío de criar y conectarse con el niño, bajo la inimaginable circunstancia de no obtener el goce y la recompensa normal que produce la reciprocidad en la relación padres-hijo.

## **5. LA FAMILIA DEL NIÑO AUTISTA**

Ésta es la paradoja: sin ninguna otra razón más que los caprichos de la biología, su niño ha llegado a este mundo con una discapacidad fundamental en su habilidad para desarrollar relaciones, una dificultad que tendrá consecuencias devastadoras y dominantes, no sólo en ellos mismos sino también en aquellos que los quieren y los cuidan (Slade, 2009, p.1).

Desde la perspectiva de Benites (2010) la familia constituye una institución vital para la supervivencia del sujeto, que lo provee de las condiciones necesarias para la sociabilización y el

desarrollo tanto biológico como también psicológico y social.

De esta forma, Schorr (citado en Florenzano, 1995) establece que la familia tendrá no solo funciones instrumentales (alimentación, seguridad, vivienda, higiene, salud) sino también funciones cognitivo-afectivas (valoración y autoestima, comunicación, construcción de valores, socialización) teniendo gran influencia en el desarrollo de la personalidad de sus miembros.

Desde esta perspectiva, consideramos que la familia puede oficiar tanto como un factor de soporte psicosocial, o bien como un factor de riesgo en la constitución de problemas interpersonales, emocionales o sociales.

.Cherro & Trenchi (2007) establecen que los déficits presentes en el trastorno del espectro autista influirán en gran medida en el modo en que los padres se comportan con los niños, creando un círculo vicioso que afectará inevitablemente las capacidades parentales de los cuidadores y la relación entre ambos. Esto estaría dado por los desafíos que plantea el impacto del diagnóstico de un niño con TEA en la familia, que pondrá de manifiesto sentimientos parentales que serán difíciles de afrontar.

Baron-Cohen & Bolton (1993) establecen que las reacciones parentales ante el diagnóstico de un niño con TEA son similares a las etapas vislumbrables en los procesos de duelo. Primeramente pueden presentarse sentimientos de sorpresa y descreimiento, dando lugar a una negación que estaría dada por la no-confrontación de la enfermedad.

En la siguiente etapa pueden presentarse sentimientos de enojo, irritabilidad y culpa, que pueden conducir a los padres a adoptar conductas de evitación y aislamiento. Este es un punto de convergencia con los postulados de Cherro & Trenchi (2007) quienes además aseveran que estos sentimientos negativos constituyen una desregulación emocional dominada por la culpa y la angustia, que pueden tener importantes consecuencias para el niño y el núcleo familiar.

La última etapa implicaría una reorganización emocional, que estaría dada por la aceptación de los padres del trastorno que aqueja a su hijo.

Si bien cada proceso de duelo será distinto y estará determinado por la severidad del trastorno del niño y la madurez y estabilidad emocional de los padres, es probable que todos atraviesen estas etapas, aunque en maneras muy disímiles y de formas no-lineales.

Esto estaría dado por el duelo insoslayable que supone la pérdida del hijo ideal fantaseado. Siguiendo a Lebovici (1995) el diagnóstico de TEA, cuando es recibido por los padres, implica una ruptura en el ideal de hijo perfecto, ya que la persona que debiera cumplir las expectativas y fantasías construidas, muy difícilmente podrá hacerlo. De esta manera, los padres se enfrentarán con la difícil tarea de realizar un trabajo de duelo que los lleve a aceptar la pérdida del hijo ideal fantaseado y a aceptar, posteriormente, al hijo real. En este sentido, Benites (2010)

establece que el diagnóstico tendrá como consecuencia la frustración de las motivaciones y expectativas de crianza de los padres, generando sentimientos de culpa, depresión, ansiedad y estrés.

Este es un punto de convergencia con los postulados de Biringen et al. (citado en Cherro & Trenchi, 2007) quienes establecen que este proceso tendrá impactos negativos de estrés y tensión que invadirán las relaciones familiares. Sin embargo, el niño con discapacidad también ejerce impactos positivos en la familia, que estarán dados por la gratificación y recompensa que implica para los padres la crianza de su hijo. Asimismo, se destaca la existencia de sentimientos ambivalentes, los cuales deberán ser reconocidos e integrados por los padres, de manera que puedan comprender el trastorno y la situación que aqueja a su hijo.

De esta forma, los autores proponen que este conjunto de sentimientos y emociones serán un foco de intervención de enorme relevancia que contribuya a forjar las relaciones primarias padres-hijo. “Nuestro propósito (...) procura preservar, del modo menos alterado posible, el vínculo primario entre un bebé diferente y sus cuidadores para evitar que el desánimo y la frustración de éstos termine por dismantelar los frágiles lazos establecidos” (Cherro & Trenchi, 2007, p.39)

## 6. FAMILIA Y TRATAMIENTO

Desde las primeras teorizaciones sobre el autismo, propuestas por Kanner (1943) se ha considerado de especial relevancia incluir a la familia en todo tipo de tratamiento, aunque no siempre por los motivos acertados.

Siguiendo a Mulas et al. (2010), en esta primera etapa conceptual del autismo se emplearon modelos de intervención psicodinámica que partían de una interpretación obsoleta del autismo, siendo ésta considerada una patología de origen emocional, causada por un mal vínculo parental. Estas intervenciones (*holding therapy, gentle teaching, Pheraplay*) orientadas a establecer vínculos sanos no demostraron efectividad, dando lugar al abandono de estas concepciones.

En la actualidad existe un amplio abanico de métodos de intervención psicoeducativa para el trastorno del espectro autista, que no serán abordados en su totalidad por escapar a los propósitos de este trabajo. Sin embargo, se cree pertinente mencionar de forma breve, aquellos que resultan más relevantes.

– **Intervenciones Conductuales.**

Implican un entrenamiento conductual altamente estructurado que tiene por cometido enseñar nuevas habilidades al niño, mejorando habilidades y conductas sociales, académicas y comunicativas, y disminuyendo o restringiendo aquellas conductas que resultan des-adaptativas. Dentro de esta categoría se destaca el programa Lovaas y el método *Applied Behavior Analysis (ABA)* (Mulas et al., 2010)

– **Intervenciones Evolutivas**

Consisten en la enseñanza de técnicas que favorezcan la interacción social y la comunicación, estimulando al niño a desarrollar relaciones significativas con otros sujetos.

Estas técnicas implican la enseñanza de habilidades no solo para el niño, sino también para sus padres, instruyéndolos con estrategias comunicativas que contribuyan a apoyar el desarrollo de las habilidades cognitivas, sociales y emocionales del niño.

– **Intervenciones basadas en terapias**

Consiste en el abordaje de dificultades específicas que pueden dividirse en dos grupos: Intervenciones basadas en la comunicación (estrategias comunicativas alternativas tales como el lenguaje de signos, utilización de estímulos visuales o historias sociales) e intervenciones sensorio-motoras (Mulas et al. 2010).

– **Intervenciones basadas en Familias.**

Consiste en el abordaje de la patología del niño mediante la inclusión de la familia, brindándole entrenamiento y apoyo.

Dentro de esta categoría, se pueden encontrar dos modelos relevantes:

- Positive Behavioural Support – PBS (Apoyo conductual positivo) . Siguiendo a Albin, Koegel y Fox (citado en Burgos et al., 2014) este modelo consiste en la utilización de métodos educativos que contribuyan a interpretar y abordar las conductas problemáticas, enseñando conductas alternativas y enriqueciendo el repertorio conductual del niño, propiciando métodos adecuados y eficaces para modificar sus entornos vitales. Consiste, entonces, en desarrollar apoyos a nivel familiar, con el fin de obtener cambios en las conductas sociales del niño, utilizando estrategias que sean lo menos invasivas posible.

- Programa Hannen: Consiste en un tipo de intervención basada en instruir a los padres del niño con estrategias que potencien las capacidades comunicativas y de interacción con éste, en los primeros cinco años de edad.

Su objetivo principal radica en favorecer situaciones cotidianas de aprendizaje significativo,

que partan de los intereses del niño y que puedan ser llevados a cabo en su entorno habitual. Pretende desarrollar habilidades comunicativas y lúdicas, que fomenten el desarrollo de habilidades preverbales, tales como la atención compartida.

Estas intervenciones han demostrado mejoras significativas en niños con TEA, en lo que respecta a la comunicación, interacción y mejoría de problemas de conducta, lo cual tiene gran relevancia en el desarrollo de habilidades sociales y del lenguaje (Ramasco, 2014).

#### – **Intervenciones combinadas**

Consisten en modelos de intervención que combinan elementos de métodos conductuales y evolutivos. Son más abarcativos, y por lo tanto resultan más eficaces.

Dentro de esta categoría, se destaca el método TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children), conocido por su eficacia en mejorar habilidades sociales y comunicativas en los niños con TEA y por contribuir a disminuir el estrés familiar (Mulas et al. 2010).

Ramasco (2014) establece que este método utiliza distintas técnicas de forma flexible, tomando en cuenta las necesidades individuales de cada niño y fomentando su aplicación en múltiples contextos de aprendizaje que incluyan a la familia y otros actores. De esta manera se fomenta el desarrollo de habilidades comunicativas, lúdicas y conductuales del niño.

Mulas et al. (2010) y Ramasco (2014) coinciden en que, si bien existen diversos modelos de intervención y no existe unanimidad en torno a cuál sería el más exitoso, los modelos combinados son los más utilizados en la actualidad y han demostrado mejorías significativas en las habilidades de los niños con TEA.

Esto estaría dado por el hecho de que, como hemos mencionado con anterioridad, cada niño tendrá características particulares que deberán ser tomadas en cuenta a la hora de diseñar un modelo de intervención. En este sentido, resulta relevante delinear intervenciones combinadas que contemplen no sólo las individualidades del niño, sus necesidades e intereses particulares sino también las de su familia, instruyéndola, asesorándola y acompañándola en todo momento.

Los autores destacan la importancia de realizar una detección temprana del trastorno, que posibilite realizar una intervención precoz centrada en el desarrollo de habilidades preverbales, lingüísticas e interaccionales que favorezcan el desarrollo de competencias sociales, y que permitan incrementar la autonomía del niño.

## 7. MATEO: Un caso clínico

En el marco de la práctica de graduación “*Diagnóstico e intervención en clínica y psicopatología infantil*” llevada a cabo en la escuela de enseñanza especial n°231 en el año 2014, tuve la posibilidad de trabajar con Mateo, un adolescente que había recibido un diagnóstico de TEA dos años atrás. Las características de Mateo y su particular relación con su principal figura de apego, fueron el motor primordial para la elaboración de este trabajo.

Para una mayor comprensión del caso clínico, se considera pertinente realizar una breve reseña sobre las características diagnósticas y la historia vital del adolescente, destacando los aspectos que resultaron más relevantes en el proceso de intervención.

Mateo tiene actualmente trece años. Vive con su tía materna Laura, quien obtuvo su custodia legal cuando el niño tenía un año de edad y fue sustraído de sus padres por los malos cuidados que se le otorgaban, llegando incluso a sufrir desnutrición en los primeros meses de vida a causa del no-amamantamiento. Esta situación estaría dada, según Laura, por la psicosis esquizofrénica que aquejaba a su madre biológica.

Laura se hizo cargo de Mateo a partir de ese momento, pero éste nunca perdió el contacto con su madre, quien lo iba a visitar constantemente.

Laura manifiesta que el desarrollo del niño había sido “relativamente normal” aunque, cuando asistía a jardín de infantes, su maestra notó ciertas conductas bizarras y recomendó que éste sea derivado a consulta psiquiátrica. Esto resultó sorpresivo para su tutora legal, quien no había notado ninguna dificultad en el niño y siempre lo consideró “un niño muy tranquilo”.

Mateo adquiere la bipedestación a los dos años de edad, aunque el habla y control de esfínteres se logró a los siete, habiendo usado pañales hasta entonces.

Mateo obtiene su diagnóstico recién a los diez años de edad, consiguiendo un lugar en la escuela n°231 y comenzando tratamiento psiquiátrico que persiste en la actualidad.

Durante las primeras entrevistas de juego llevadas a cabo con Mateo, pudo inferirse la gravedad de su trastorno. El adolescente se mostraba seriamente reticente al contacto, no realizaba verbalizaciones ni establecía contacto visual. Asimismo, resultó evidente que presenta un severo déficit intelectual. Es notoria su capacidad limitada de aprendizaje, presentando problemas de procesamiento, comprensión y ejecución.



Presenta una estructura sumamente rígida, demostrando intereses restringidos que dificultan la interacción y una adhesión a rutinas específicas que, según su tía, resulta inflexible.

Tal es así que ante variaciones en su rutina, como un cambio de maestra, suele responder con crisis de angustia, rabietas y quejas somáticas, enfermándose al punto de sentir que va a desmayarse.

Mateo posee una importante dificultad para comunicarse, principalmente con personas que le son desconocidas. Presenta diversas alteraciones en el lenguaje, siendo significativa la ausencia casi total de verbalizaciones espontáneas, las respuestas monosilábicas y las para-respuestas. Asimismo, presenta dificultades en la sintaxis, denotando un vocabulario muy limitado y una dificultad para producir oraciones adecuadas en extensión y complejidad para su edad cronológica. Las dificultades comunicativas se extienden, además, al plano para-verbal, existiendo una notoria dificultad para establecer contacto visual y una importante reticencia al contacto físico.

Se plantea como motivo de consulta, la involución de Mateo en ciertas adquisiciones ya logradas (aseo y control de esfínteres) a raíz de la muerte de su madre biológica, Carla, que acontece de forma abrupta e inesperada.

Habiendo sido hospitalizada en Vilardebó, Carla logra fugarse y desaparece, apareciendo su cuerpo sin vida un mes después flotando en un arroyo de la ciudad, sin signos de violencia, razón por la cual aún se desconocen las causas de su fallecimiento. Cabe destacar que Mateo fue partícipe de la intensa búsqueda de su madre, recorriendo las inmediaciones del hospital con una foto de ella, junto a su tía Laura.

Esto habría generado una involución en el adolescente, cuyas habilidades cotidianas adquiridas se vieron gravemente entorpecidas, no siendo capaz de asearse o vestirse de forma autónoma, requiriendo de la asistencia de su tutora constantemente. La solución ensayada hasta el momento por Laura, ha sido satisfacer las demandas explícitas de Mateo, vistiéndolo, aseándolo y realizando ella misma todas aquellas actividades que él manifiesta no poder llevar a cabo por sí mismo, dificultando así el logro de su autonomía.

Durante el proceso de intervención pudo vislumbrarse un involucramiento afectivo exagerado de Laura hacia Mateo, mostrándose pendiente de él de un modo angustiado y temeroso. Podría inferirse que existe una dificultad en poder establecer un buen vínculo con el adolescente ya que Laura parece no saber cómo satisfacerlo, lo cual produce que la invada el miedo y la angustia y adopte medidas que resultan contraproducentes.

En este sentido, cabe mencionar una situación particular que Laura relata durante la entrevista de padres:

A pesar de haber adquirido la bipedestación y ser capaz de desplazarse de forma autónoma a los dos años de edad, alrededor de los 7 años Mateo se negaba a salir de su casa, y sólo accedía a hacerlo si lo llevaban en cochecito. Entre risas, Laura comenta que salían a pasear en coche, siendo observados por los demás transeúntes. Relata que, al no saber cómo afrontar la situación, optaba por satisfacer sus demandas.

Durante la misma instancia de entrevista, Laura comenta que Mateo le teme a los objetos altos (edificios, estatuas, palmeras), manifestando rabietas y fugas ante la presencia de éstos. Por esta razón, Laura no permite que Mateo asista a paseos escolares o actividades extra-curriculares en las que ella misma no esté presente.

Podría decirse que Laura tiende a sobre-proteger a su sobrino, lo cual genera que él mismo se muestre temeroso y se inhiba en sus funciones elementales. Mateo ha demostrado una incapacidad de estar solo, y se ha sumergido en una situación de dependencia extrema con su tía, al punto de que requiere de su asistencia para realizar actividades cotidianas básicas.

Desde la perspectiva de Bowlby (2009), podría inferirse que el evidente grado de dependencia que demuestra el niño con su figura de apego, podría demostrar la poca confianza que tiene en que esta sea accesible cuando se la necesite, y por lo tanto podría haber adoptado la estrategia de mantenerse cerca como forma de asegurar su disponibilidad.

En cuanto al abordaje de las relaciones interpersonales, cabe destacar que el adolescente tiene la capacidad de intimar y preocuparse por otras personas, viéndose estas capacidades perturbadas por emociones fuertes tales como el miedo o el estrés, demostrando un notorio temor inicial en vincularse con personas desconocidas. En términos generales, Mateo es percibido como un adolescente nervioso, temeroso, que presenta claros rasgos de ansiedad.

Estas dificultades en el relacionamiento podrían tener relación con su nivel de confianza y autoestima. Si bien existe en él la capacidad de establecer sensaciones de bienestar, esta se ve gravemente perturbada ante ciertas emociones fuertes, impidiendo el relacionamiento. En este sentido, su sentido de seguridad es sumamente vulnerable, mostrándose profundamente temeroso, dependiente e infantilizado.

Hemos visto, a partir de los aportes de Fonagy (1991) y Altmann (2007) que la capacidad de los cuidadores para interpretar los estados mentales que subyacen a las conductas y perturbaciones del niño, promueve la confianza en las interacciones de este último. En este sentido, una buena función reflexiva en los cuidadores permitirá brindar respuestas adecuadas ante las manifestaciones del niño, promoviendo la regulación de sus afectos y permitiéndole procesar el ambiente social.

Cabe destacar que, durante los encuentros con Laura, pudieron observarse ciertas dificultades en inferir los estados mentales que subyacen a las conductas de Mateo, conduciéndola muchas veces a adoptar medidas inadecuadas.

Durante la primer entrevista con ella, menciona que Mateo suele presentar rabietas muy frecuentemente. Durante estos episodios, el adolescente llora, grita, golpea los muebles y en ocasiones, incluso se golpea a sí mismo. Laura relata: “A veces se pone así sin motivo, yo lo dejo que llore y grite mientras no se lastime, al rato se le pasa y viene a abrazarme”.

Laura denota una importante dificultad para dar sentido a la experiencia interna del adolescente, no pudiendo regular sus expresiones de miedo, tristeza y enojo. En este sentido, no es capaz de brindar respuestas adecuadas que permitan a Mateo generar representaciones mentales de su ansiedad, debilitando así su seguridad.

, Podría pensarse que esta capacidad queda anulada en Laura, quien no tolera lo incomprensible de la patología que aqueja a su sobrino, resultándole intolerables aquellas manifestaciones de Mateo que ella misma no puede mentalizar.

Los encuentros con el adolescente y las técnicas aplicadas, demuestran que presenta una dificultad en la capacidad de mentalización, denotando un déficit en la simbolización de expresiones emocionales. Se observó una clara dificultad para comprender e interpretar las posturas corporales, tonos de voz y expresiones, conduciéndolo a distorsionar las intenciones del otro y malinterpretando sus señales, lo cual genera que en ocasiones se sienta maltratado o no querido. En este sentido, resulta pertinente hacer alusión a una situación particular que aconteció durante el proceso de intervención:

Una noche, Laura se comunicó conmigo a mi teléfono personal. Preocupada, comenta que Mateo llegó angustiado a su casa, explicitando que su maestra le habló mal frente a mí, y que estaba muy enojada con él sin un motivo aparente. Laura me consulta si esto es cierto y me pregunta por qué la maestra lo rezongó.

Tal como lo plantea Baron-Cohen (1995) las personas que padecen TEA tienen importantes dificultades para inferir los estados mentales subyacentes a las conductas de los demás sujetos, conduciéndolos en muchas ocasiones a malinterpretar sus intenciones. Sin embargo, se observó que Mateo tiene la capacidad de comprender y otorgarle sentido a determinados comportamientos si es propiciamente estimulado e instruido por su entorno inmediato. Por esta razón, se consideró pertinente tomar esta situación como foco de intervención, explicando a Laura la particularidad del trastorno que aqueja a su sobrino, y estimulándola a instruirlo en esta clase de situaciones.

En el presente trabajo hemos establecido que la seguridad en el sistema de apego estará determinada por la accesibilidad y disponibilidad que manifieste el cuidador para dar respuesta a las demandas del niño ante situaciones que impliquen una amenaza a su seguridad, permitiéndole explorar el ambiente de forma segura. Tal es así, que el niño será menos proclive a experimentar miedos intensos si confía en la disponibilidad de su cuidador. Sin embargo, si el mismo no logra dar una respuesta adecuada, se generará una ruptura en esta expectativa, intensificándose la amenaza (Bowlby 2009).

Hemos visto, además, a partir de los postulados de Winnicott (1958) y Ainsworth (en Bleichmar, 2005) que la expectativa de accesibilidad estará determinada por la capacidad maternal de dar una respuesta adecuada a las demandas del niño, siendo receptiva pero no intrusiva, evitando así sobrecargar la interacción.

En este sentido, cabe cuestionarse cómo ha sido la capacidad de Laura para dar respuestas adecuadas a las demandas de Mateo, y cuál es la expectativa de accesibilidad de Mateo para con ella.

Dadas las características de este vínculo tan particular, se considera de especial relevancia incluir a la familia en futuras intervenciones, instruyéndola para fomentar interacciones sociales y actividades comunicativas que le permitan al adolescente poder construir vínculos afectivos confiables y seguros.

A pesar de que el proceso de intervención fue muy breve, Mateo presentó cambios significativos, sobre todo en lo que concierne a la regulación de su autoestima, y a sus capacidades de simbolización y representación de experiencias internas.

Las conductas evitativas, el rechazo físico y la ausencia de contacto ocular tendieron a suprimirse paulatinamente. Tal es así, que durante los últimos encuentros Mateo comenzó no solo a responder mis preguntas, sino a realizar verbalizaciones espontáneas y a integrarme en sus juegos y actividades. En este sentido, podría pensarse que hubo una movilización en su seguridad, generando representaciones de sí más estables que le otorgaron confianza y le permitieron concebirme como figura de apego, generándose una variación en la regulación de su autoestima y un cambio en cómo vivencia al otro, que dejó de tener una connotación atemorizante.

Asimismo, Mateo denotó un avance en su capacidad de simbolización y comunicación de sus afectos. En este sentido, resulta pertinente mencionar un momento que tuvo especial resonancia en el proceso: durante una entrevista de juego, Mateo expresó espontáneamente que

su madre había fallecido. Al preguntarle cómo eso lo hacía sentir, expresó que por momentos se sentía triste, pero que ese día en particular estaba contento.

Esta situación completamente espontánea, podría reflejar que el adolescente fue capaz de internalizar esa experiencia, otorgarle un sentido y expresarlo mediante el lenguaje en un espacio que le resultaba seguro, lo cual resulta particularmente significativo dadas las características de su funcionamiento mental.

Finalmente, podríamos establecer que a pesar de la intensidad de sus trastornos y su bajo nivel intelectual, es previsible que, con la intervención acertada, Mateo pueda lograr pequeños cambios en algunos aspectos de su funcionamiento. Sin embargo, para que esto sea posible resulta imprescindible incluir a la familia en el tratamiento, brindándole asesoramiento y soporte, e instruyéndola con estrategias específicas que fomenten el desarrollo de habilidades comunicativas, lúdicas y conductuales del adolescente, que le permitan paulatinamente adquirir mayor independencia y autonomía en sus habilidades cotidianas.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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>

Altmann, M. (2007) *La empatía en el desarrollo temprano*. Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia (A.P.P.I.A.)  
Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/34019968/01-M-Altmann-La-Empatia-en-el-Desarrollo#scribd>

Asociación Americana de Psiquiatría (1994) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. España: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Baron-Cohen, S. & Bolton, P. (1993) *Autismo. Una guía para padres*. Madrid: Alianza Editorial

Baron-Cohen, S. (1995) *Mindblindness: An essay on Autism and Theory of Mind*. Massachusetts: The MIT Press

Baron-Cohen, S., Leslie, A. & Frith, U. (1985) *Does the autistic child have a "theory of mind"?*. Cognitive Development Unit, London.  
Recuperado de [http://autismtruths.org/pdf/3.%20Does%20the%20autistic%20child%20have%20a%20theory%20of%20mind\\_SBC.pdf](http://autismtruths.org/pdf/3.%20Does%20the%20autistic%20child%20have%20a%20theory%20of%20mind_SBC.pdf)

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>

Bleichmar, E. (2005) *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós

- Bowlby, J. (2012). *El apego: vol. 1 de la trilogía El apego y la pérdida*. Buenos aires: Paidós
- Bowlby, J. (2010). *La Separación: vol. 2 de la trilogía El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós
- Bowlby, J. (1993) *La pérdida. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós
- Burgos, L. (2014) *La aplicación de un plan de apoyo conductual positivo en el contexto escolar*  
Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/13859/12508>
- 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>
- Costa, L. & De Marco, J.P (2014) *Excluidos de la salud y las aulas por tener autismo*. El País. Montevideo  
Recuperado de <http://www.elpais.com.uy/vida-actual/excluidos-salud-aulas-autismo.html>
- Florenzano, R. (1995) *Familia y Salud de los jóvenes*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Fonagy, P. (1999) *Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría*.  
Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-ransgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Fonagy, P. (2010). *Attachment theory and psychoanalysis*.  
Recuperado de [https://books.google.com.uy/\\_bookshl=es&lr=&id=Aglaq2tRLbcC&oi=fnd&pg=PT4 &dq=Attachment-Theory+and+Psychoanalysis+Peter+Fonagy&](https://books.google.com.uy/_bookshl=es&lr=&id=Aglaq2tRLbcC&oi=fnd&pg=PT4 &dq=Attachment-Theory+and+Psychoanalysis+Peter+Fonagy&)
- Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt (1991) *The Capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*. – Infant

mental health journal vol12 no3.

Recuperado de <http://mentalizacion.com.ar/images/notas/The%20capacity%20for%20understandig%20mental%20states.pdf>

Guimón, J. (2009). *Empatía, Intersubjetividad y Diálogo Tónico. El trabajo pionero de Julián de Ajuriaguerra. Clínica e Investigación Relacional.*

Recuperado de <http://www.psicoterapiarelacional.es/CelRREVISTAOnline/CelRValoreycomentelostrabajospublicados/tabid/661/ID/6/Empatia-Intersubjetividad-y-Dialogo-Tonico-El-trabajo-pionero-de-Julian-de-Ajuriaguerra-Jose-Guimon.aspx>

Kanner, L. (1943) *Trastornos autistas del contacto afectivo.*

Recuperado de [http://www.ite.educacion.es/formacion/enred/materiales\\_en\\_pruebas\\_2013/tea\\_2013/material\\_complementario/m2/Trastornos\\_autistas\\_del\\_contacto\\_afectivo.pdf](http://www.ite.educacion.es/formacion/enred/materiales_en_pruebas_2013/tea_2013/material_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-su-arquitectura-funciones-y-aplicaciones-practicas>

Lanza, G. (s.f) *Manual para evaluar la Función Reflexiva.*

Recuperado de <http://mentalizacion.com.ar/images/notas/Manual%20para%20evaluar%20la%20Funcion%20Reflexiva.pdf>

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-prevencion-deteccion-precoz-autista.pdf>

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

Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F. & Hoffmann, M. (2011) *Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado.* Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100011>

Lecannelier, F. (2004) *Los aportes de la Teoría de la Mente (ToM) a la Psicopatología del Desarrollo.* Terapia Psicológica, vol. 22, núm. 1, Sociedad Chilena de Psicología Clínica .

Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522107>



- Martinez de Bagattini (2001) *Clínica y Psicopatología del Autismo y la Psicosis Infantil*. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L., Téllez de Meneses, M. (2010) *Modelos de intervención en niños con autismo*. Rev Neurol 2010; 50 (Supl 3)  
Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S03/bdS03S077.pdf>
- Naber, F., Swinkels, J., Buitelaar, J., Bakermans- Kranenburg, M., van IJzendoorn, M., Dietz, C., (...) & Engeland, H. (2007) *Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders*.  
Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17160461>
- 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>
- Painceira, A. (1988) *Problemas técnicos en el análisis de pacientes esquizoides*. Revista Uruguay de Psicoanálisis. APU.  
Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1980/1688724719886809.pdf>
- Prego, L., Benavides, C., Camacho, M., Cibils, D., Garbarino, H., Montano, G., (...) & Ventimiglia, G. (1999) *Autismos. Revisando conceptos*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Ramasco, M. (2014) *Bases de un programa de intervención en niños con TEA: desarrollo de conductas comunicativas preverbales*.  
Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7208/1/TFG-M-L159.pdf>
- Riviere, A. (2001) *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Editorial Trotta
- Rutgers, A., Bakermans- Kranenburg, M., van IJzendoorn, M., & van Berckelaer, I. (2004) *Autism and attachment: A meta-analytic review*. Journal of Child Psychology and Psychiatry  
Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00305.x/pdf>
- Slade, A. (2009) *Mentalizando lo inmentalizable. Criando niños del espectro autista*.  
Recuperado de <http://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/slade.pdf>

Soares, I. & Días, P. (2007) *Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación*. International Journal of Clinical and Health Psychology. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-215.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-215.pdf)

Wing, L. & Gould, J. (1979) *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*. Medical research council, social psychiatry unit, London  
Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00305.x/pdf>

Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Granica.