



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**DIFICULTADES EN EL
ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS DE
APEGO SEGUROS EN NIÑOS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

Autor: Leire Redondo Urbieta
Director: Amaia Halty Barrutieta

Madrid
Abril, 2018

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	4
1. Dificultades en el establecimiento de vínculos de apego seguros asociadas a los niños con TEA	
1.1 Definición y características del TEA.....	4
a) Interacción y comunicación social.....	5
b) Patrones de conducta.....	6
1.2 Marco de la Teoría del Apego.....	7
1.2.1 Medición del apego infantil mediante la <i>Situación Extraña</i>	8
a) Dificultades en la medición del apego en niños con TEA.....	10
b) Cómo responden al estrés los niños con TEA.....	11
1.3 Estilo de apego en niños con TEA.....	13
2. Dificultades en el establecimiento de vínculos de apego seguros asociadas con el cuidador primario	
2.1 Responsividad parental.....	14
2.2 Interpretación parental de demandas del niño con TEA.....	15
2.3 Reacción parental ante el diagnóstico y afrontamiento del TEA.....	16
3. Abordaje de las dificultades en el establecimiento de vínculos de apego seguros en niños con TEA	
3.1 Video-feedback y FPI.....	17
3.2 Masaje infantil.....	19
4. Consecuencias derivadas del establecimiento de vínculos de apego seguros en niños con TEA	
4.1 Desarrollo social, emocional y cognitivo.....	20
4.2 Patrones de conducta.....	21
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	23
REFERENCIAS.....	26

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) está integrado por una serie de síntomas indicadores de una disfunción en el Sistema Nervioso Central. No puede considerarse una enfermedad, pues su etiología todavía es desconocida, ya que no existe un marcador biológico concreto que lo desencadene (Rodríguez-Barrionuevo y Rodríguez-Vives, 2002). Sin embargo, se afirma que dicha etiología ha de ser multidimensional, abarcando factores como la biología, la genética y el ambiente (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017).

En cuanto a su epidemiología, la proliferación del TEA, sobre todo en población masculina, es cada vez más abundante. Hoy en día, se detectan más casos aunque no se ha encontrado, aún, la causa de esta expansión. Se plantean dos alternativas: bien sea debido a los nuevos avances en investigación, ampliándose de ese modo el ratio de diagnóstico; o que ciertamente se esté produciendo un incremento real de este trastorno en la población (Confederación Autismo España, s.f.). Datos previos a 2013 indicaban una prevalencia entre 30 y 116 personas por 10000 individuos (Reynoso et al., 2017). Actualmente, Europa ha reportado cifras que giran en torno a un caso de Trastorno del Espectro Autista por cada 100 bebés nacidos (Autism-Europe aisbl 2015, como se citó en Confederación Autismo España, s.f.). La relevancia que actualmente está cobrando este trastorno hace esencial el desarrollo de investigaciones que permitan conocerlo mejor y aplicar, de ese modo, programas y tratamientos afines a él.

Un ámbito a tener en cuenta en el curso de este trastorno es la familia, sobre todo la función que adoptan los cuidadores primarios en la interacción con sus hijos. Debido a las características que implica este trastorno (déficit social, comunicativo y conductual), la relación interpersonal cuidador-niño puede verse comprometida (Benites, 2010; Kasari y Sigman 1997, como se citó en Rutgers et al., 2007). En este punto entra en juego la importancia del vínculo de apego que establece el niño con su figura o figuras de referencia, y los posibles beneficios que se deriven de una buena vinculación. El ejercicio de una buena calidad de la responsividad¹ parental, es decir, la atención

¹ Gran parte de la investigación en torno a la calidad del vínculo de apego se ha desarrollado con muestras de madres. Sin embargo, en esta revisión se hace referencia a la responsividad parental, incluyendo a ambos géneros ya que los dos pueden desempeñar un rol fundamental como cuidadores (Belsky, Gilstrap y Rovine, 1984, como se citó en Halty, 2017)

adecuada a las necesidades del bebé, se relaciona con el establecimiento de vínculos de apego seguros (Bretherton, 1992; Capps et al., 1994).

En la población general, el establecimiento de vínculos de apego seguros, tiene importantes beneficios como, por ejemplo, una menor prevalencia de estrés y evitación, o una mayor tolerancia y disfrute en las relaciones interpersonales, que las personas con vínculos inseguros de apego (Mikulincer, Shaver y Pereg, 2003, como se citó en Garrido-Rojas, 2006). Sería interesante documentar la relación que existe entre los patrones de apego y los beneficios en una muestra clínica. Por ello, en el siguiente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de los aspectos más destacados del marco de la Teoría del Apego aplicados a los Trastornos del Espectro Autista.

A nivel metodológico, es preciso mencionar que la información se ha contrastado mediante diversos artículos académicos, extraídos de fuentes validadas ligadas a la psicología (*Psycinfo, Google Scholar y Dialnet*). De este modo, se ha pretendido poner en relación el TEA con el establecimiento de vínculos de apego seguros. Para ello, se ha indagado acerca de la influencia de las características de estos niños, así como de los cuidadores, en el establecimiento de vínculos de apego seguros. A su vez, se han revisado algunos de los tratamientos que hoy en día se están desarrollando para lograr las ventajas derivadas de las relaciones vinculares seguras. Estos beneficios se exponen en relación con la población de niños que presentan TEA.

Por lo tanto, el principal objetivo de este trabajo, consiste en relacionar las causas que dificultan el establecimiento de un apego seguro en estos niños, que son múltiples e interdependientes; e indicar las consecuencias del establecimiento de vínculos de apego seguros, proponiendo intervenciones para lograrlo. La revisión que se presenta puede servir, a su vez, de justificación teórica para la creación y aplicación de programas preventivos que preparen y enseñen a los padres estrategias para aumentar la calidad de su responsividad parental. Además, se abren posibles líneas de investigación, fomentando la reflexión acerca de las implicaciones parentales en el desarrollo de estos niños.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

1. Dificultades en el establecimiento de vínculos de apego seguros asociadas a los niños con TEA

1.1 Definición y características del TEA

El Autismo hace referencia a un constructo que se ha ido modificando a lo largo de las décadas debido a los avances en su investigación. Comenzó a tomar consideración médica en 1911, cuando Bleuler hizo referencia a él como un síntoma característico de la esquizofrenia. Etimológicamente, la palabra *autismo* provenía del griego clásico y significaba “*autos*”, sí mismo, e “*ismos*”, una forma de estar. De este uso derivaba la concepción de autismo como forma de “estar aislado y centrado únicamente en uno mismo”. Aunque, otros autores hicieron referencia a este concepto, no adquirió el significado que tiene hoy en día hasta la década de los 40, con la llegada de Leo Kanner (Artigas-Pallarès y Paula, 2012).

En la actualidad, el concepto de autismo engloba la categoría diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista (TEA). La última versión del DSM-V la ha contemplado como integradora de los anteriormente denominados Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Dentro de éstos, se encontraban: el Síndrome Autista, el Trastorno de Rett, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. En la nueva clasificación, se incluyen todos los trastornos anteriores excepto el de Rett, debido a que éste ha comenzado a considerarse una enfermedad genética específica (Artigas-Pallarès y Paula, 2012; López y Rivas, 2014).

El TEA está incluido en el área de trastornos del neurodesarrollo, sin embargo su etiología es diversa. Influyen en su aparición factores genéticos, biológicos y ambientales. A pesar de que su diagnóstico es postnatal, parece ser un trastorno que comienza a desarrollarse de forma prenatal, afectando al desarrollo de algunas áreas cerebrales y cerebelosas corticales, a la vez que subcorticales (Reynoso et al., 2017). Los criterios fundamentales para el diagnóstico de este trastorno hacen referencia a un déficit continuado en las relaciones interpersonales, incluyendo la comunicación a nivel social, a la vez que se destaca la presencia de conductas e intereses estereotipados y/u

obsesivos (American Psychiatric Association, 2013). Estos síntomas aparecen en la primera infancia aunque las manifestaciones observables pueden prorrogarse y no detectarse hasta que se den determinadas situaciones ambientales que requieren de las habilidades y recursos que tienen afectados (Artigas-Pallarès y Paula, 2012).

a) Interacción y comunicación social

Una de las características de este trastorno es el déficit en la cognición social, donde se puede señalar la presencia de ciertas conductas que dificultan o impiden un adecuado contacto interpersonal. Una de ellas es la incapacidad para la atención conjunta. Este constructo queda definido como la interacción social que llevan a cabo el niño y el adulto con el fin de dirigir la atención de manera común, hacia un objeto, suceso o persona (Alessandri, Mundy y Tuchman, 2005).

La teoría de la mente es otra de las capacidades afectadas en niños con TEA que interfieren en su interacción y comunicación social. Tienden a padecer serias dificultades a la hora de atribuirse estados mentales tanto a sí mismos como a los demás, lo que complica la anticipación de conductas ajenas. La capacidad de interpretar las creencias propias y ajenas con el fin de descifrar y predecir el comportamiento de otros también se la ha denominado mentalización o función reflexiva (Fonagy y Target, 1997, como se citó en Riquelme, Henríquez y Álvarez, 2003).

A su vez, la habilidad empática tiende a verse comprometida en estos niños. Este concepto hace referencia a la capacidad de comprender los estados mentales de otro y los propios, con la finalidad de adaptarse a situaciones sociales (Ruggieri, 2014). La empatía, presenta un correlato cerebral con la amígdala. Por ello, diversas investigaciones han versado acerca de la variación de esta estructura en personas con TEA. Numerosos datos abogan por un crecimiento temprano de la amígdala en la primera infancia, con una consiguiente disminución a lo largo de las demás etapas del desarrollo evolutivo (Mosconi et al., 2009; Schumann et al., 2004).

Otro síntoma específico del déficit en las relaciones interpersonales, es la evitación de la mirada. Esto influye en la dificultad del reconocimiento de emociones presentadas a nivel facial, lo que se ha relacionado, a su vez, con el déficit en la amígdala. De ahí, puede derivar la argumentación biológica de ciertos rasgos propios del TEA como: la

imposibilidad de interpretar el doble sentido de situaciones sociales, la interpretación y el uso literal del lenguaje, y la dificultad en el reconocimiento facial y de las emociones expresadas en un lenguaje no verbal (Ruggieri, 2014).

De este modo, debe resaltarse que los individuos con TEA presentan retrasos y dificultades tanto en el lenguaje verbal como no verbal (Iverson y Wozniak, 2007, como se citó en López, Rivas y Taboada, 2009). De hecho, es posible que algunos de ellos no lleguen a desarrollar el lenguaje oral. Otros, sin embargo, pueden llegar a tener una producción similar a la de otros niños normotípicos, resaltando ciertos matices (Martos y Martínez, 2001). Por ejemplo, encontrarán dificultades a la hora de comenzar o mantener conversaciones, llegando a usar el lenguaje de forma estereotipada. En cuanto a las características de la emisión del habla, éstas se pueden ver comprometidas (tono, velocidad, volumen, ritmo o acento inusuales). A su vez, la pragmática suele estar afectada influyendo negativamente en la interpretación de la comunicación con los demás (López et al., 2009). Finalmente, cabe destacar la presencia de dificultades en la comprensión, incluso de las demandas más simples (Russo, Nicol, Trommer, Zecker y Kraus, 2009, como se citó en López et al., 2009).

b) Patrones de conducta

Por otro lado, estos niños presentan conductas anormales que interfieren en su actividad diaria. Pueden experimentar un interés inusitado hacia objetos o partes de los mismos, es decir, “*hiperselectividad estimular*” (Schreibam y Charlop, 1993, como se citó en López y García, 2007). También presentan adhesión a rutinas y planes muy estructurados (con reacciones desmedidas ante modificaciones no anticipadas) y realizan conductas de auto-estimulación como las estereotipias o manierismos y trastornos de la postura corporal (Loh et al., 2007, como se citó en López et al., 2009).

La rigidez relacionada con la adhesión a rutinas y las reacciones negativas frente a la modificación de éstas, se asocian con el déficit en las funciones ejecutivas (FE). Los niños con TEA presentan cierta incapacidad para planificar secuencias de actos, así como una inflexibilidad en sus patrones de actuación (Etchepareborda, 2001, como se citó en López y García, 2007). Las estereotipias mencionadas tienden a correlacionar con una disfunción en los circuitos talámicos, zonas de asociación y vías de conexión corticales; y suelen aparecer una vez cumplidos los seis meses de vida (Muñoz-Yunta,

Freixas, Valls-Santasusana y Maldonado, 1999). Las más comunes suelen ser: aleteo de las extremidades, sacudida de objetos, oscilación corporal, caminar de puntillas y dar pequeños saltos (López y García, 2007). Además, pueden aparecer patrones conductuales anormales de mayor gravedad como las conductas auto-lesivas. Éstas varían en intensidad y frecuencia dependiendo del niño y suelen aparecer como consecuencia de algún cambio en la rutina (López y García, 2007). Algunas de las más frecuentes son: pegarse en la cabeza y morderse las extremidades superiores (Gillberg y Billstedt, 2000, como se citó en López y García, 2007). Asimismo, dentro de esta categoría conductual, queda contemplada la hipo-/hiper-reactividad a los estímulos sensoriales circundantes, así como una elevada propensión hacia la contemplación de aspectos sensoriales (Artigas-Pallarès y Paula, 2012). La hipo-reactividad que presentan ante ciertos estímulos contrasta con la hiper-reactividad que les suscitan otros, como pueden ser: un cierto cosquilleo, un ligero ruido o una mínima variación lumínica. Sin embargo, esta reacción diferencial no parece depender de la naturaleza de dicho estímulo pues ante un mismo input, unas veces muestran una reacción, y otras veces, otra distinta (Mardomingo, 2003, como se citó en López y García, 2007).

1.2 Marco de la Teoría del Apego

El nacimiento de un bebé marca el inicio de un continuum de desarrollo, tanto físico como mental. Para ello, es imprescindible la función que adquieren los cuidadores primarios. Por ejemplo, el “yo” del niño se construye gracias a la interacción con el otro. Se trata de un proceso continuo y variable mediante el cual la organización afectiva del niño pasa primero por el espacio intersubjetivo que se forma entre éste y sus figuras de referencia (Riquelme et al., 2003).

El vínculo que establece el bebé con su cuidador o cuidadores primarios, se basa en una necesidad de base biológica (Bowlby, 1982, como se citó en Cassidy, 2008). Su vínculo de apego no versa acerca de la necesidad de ser alimentado o de satisfacer el deseo de placer, únicamente (Ainsworth, 1967, como se citó en Cassidy, 2008); sino que implica una relación vincular afectiva que establece el bebé con su figura de referencia. Lo realiza mediante la activación de conductas de apego, durante los primeros meses de vida, con la finalidad de obtener amparo y seguridad (John Bowlby, 1984, como se citó en Guzmán-González, Carrasco, Figueroa, Trabuco y Vilca, 2016).

Por lo que, esta figura se constituye como la base donde acudir ante la amenaza de estresores externos.

En relación con la búsqueda de seguridad, aparecen en el niño dos sistemas complementarios entre sí: el sistema de apego y el de exploración. Éstos, a su vez, se combinan con el sistema de cuidados parental (*caregiving*) que funciona como un bio-regulador afectivo ante las demandas del menor (Pitillas, Halty y Berástegui, 2016). El sistema de apego se activa en el niño cuando aparece una posible amenaza, con el objetivo de acercarse al cuidador para recobrar la seguridad que le otorga. Esto implica una disminución de las conductas dirigidas a la exploración. El cuidador funciona, en este caso, como un refugio seguro (*safe haven*) que calma, protege y regula emocionalmente al niño, mientras que disfruta llevando a cabo estas tareas. Cuando el sistema de apego está desactivado sucede de modo opuesto, permitiendo la activación del sistema de exploración. En este caso, el cuidador funcionaría como una base segura (*secure base*) que permite al niño explorar su entorno. Es relevante tener en cuenta la vivencia del cuidador, pues en su disfrute reside gran parte del éxito en estas tareas exploratorias (Bowlby, 1988, como se citó en Di Bartolo, 2012; Pitillas et al., 2016).

La evaluación subjetiva de seguridad-inseguridad de los estímulos presentes en el entorno del niño, será el detonante de la activación/desactivación de su sistema de apego, el cual tiene como objetivo fundamental conseguir la experiencia de seguridad (Sroufe, 1996, como se citó en Fonagy, 1999). La activación/desactivación de los sistemas, lleva consigo un conjunto de conductas que pueden diferir en función de los individuos, incluso cuando están pretendiendo alcanzar una misma meta (Bowlby, 1982, como se citó en Cassidy, 2008).

Gracias a la interacción cuidador-bebé se conforman, en este último, creencias que dan lugar a los modelos operativos internos (M.O.I.) acerca de sí mismo y de los demás. Estos M.O.I guían la conducta interpersonal del individuo, en función de sus expectativas, basadas en la confianza o desconfianza (Guzmán-González et al., 2016).

1.2.1 Medición del apego infantil mediante la *Situación Extraña*

Mary Ainsworth et al. (1978, como se citó en Naber et al., 2007) desarrolló un procedimiento denominado la *Situación Extraña* para clasificar los estilos de apego

(relativamente estables) que un niño puede desarrollar ante su cuidador primario. Se trata de una de las metodologías más expandidas para la medición del apego infantil (Mary Ainsworth et al., 1978, como se citó en Román, 2011), a través de la cual se pretenden registrar las conductas del sistema de apego expresadas por los niños, en situaciones de mayor o menor estrés. Este modo de evaluación se desarrolla en una situación de laboratorio y se estructura en 8 episodios que pretenden exponer al niño de manera graduada a acontecimientos cada vez más estresantes (presencia de personas extrañas, ausencia del cuidador principal...). Se tiende a realizar con bebés de edades en torno a 1-2 años de edad (Bretherton, 1992; Román, 2011). En función de las reacciones a los diferentes episodios, se estableció la existencia de tres patrones de conducta: apego seguro, inseguro-ambivalente e inseguro-evitativo (Ainsworth et al., 1978, como se citó en Naber et al., 2007). Posteriormente, fueron ampliados al introducirse un cuarto patrón: el desorganizado, derivado de las investigaciones de Main y Solomon (1990, como se citó en Naber et al., 2007).

El estilo inseguro-evitativo (patrón A) es desarrollado por aquellos que han experimentado rechazo por sus figuras de referencia ante la mayoría de sus demandas afectivas. Estos niños se caracterizan por presentar inseguridad y falta de confianza hacia sus figuras de apego, ya que éstas han tendido a mostrarse ausentes ante las demandas del bebé. Por ello, adoptan una actitud desinteresada ante la separación o el regreso de dichos cuidadores como estrategia para evitar re-experimentar el rechazo. El estilo seguro (patrón B) se manifiesta en aquellos que han vivido con la seguridad de ser atendidos ante cualquier necesidad, lo que les otorga confianza en sus figuras de apego. Gracias a una buena calidad de la responsividad parental, estos niños han podido explorar de manera adecuada y sentirse consolados y atendidos. Por otro lado, se encuentra el estilo inseguro-ambivalente (patrón C) presentado por aquellos que no han podido anticipar las reacciones que tendrían sus cuidadores ante sus demandas y necesidades, por ser extremadamente variables. Las experiencias que han tenido con sus figuras de referencia no han sido homogéneas, ya que la reacción de éstas ante sus demandas ha oscilado de la excesiva atención y preocupación, a la ausencia total de sensibilidad, denotando una escasa calidad en su responsividad parental. Por ello, estos niños no depositarán confianza en sus cuidadores y reaccionarán negativamente (con llanto, enfado, resistencia...) ante la ausencia o el regreso de éstos. Finalmente, se describe el estilo desorganizado (patrón D) que engloba niños que han padecido

negligencias por parte de sus figuras de apego, bien sea por abuso o por ausencia del cuidador ante los requerimientos del niño. Esa baja calidad en la responsividad parental dificulta el establecimiento de un apego de tipo organizado debido a la ausencia de atención y consuelo ante situaciones que desbordan los recursos cognitivos y emocionales del niño. Además de percibir una carencia en la regulación emocional, estos niños tienden a considerar a sus cuidadores como una fuente de temor, en lugar de un refugio seguro (*safe haven*), debido a agresividad o desconcierto que han mostrado ante ellos. Por lo que, no establecen estrategias organizadas de actuación ante la presencia/ausencia de dichas figuras, dando lugar a un patrón de apego de tipo desorganizado (López y Ramírez, 2005; Naber et al., 2007). Estos niños sufren una importante ambivalencia ante la búsqueda de seguridad en unas figuras que, en realidad, están incrementando su temor. Por ello, intentan auto-regularse mediante comportamientos de desorientación, estereotipias, posturas excéntricas y manierismos, entre otras (Main y Solomon, 1990, como se citó en Halty, 2017).

a) Dificultades en la medición del apego en niños con TEA

En un principio, se consideraba que los niños con TEA no reaccionaban diferencialmente ante la separación/reunión de su supuesta figura de apego en comparación con personas desconocidas (como se presenta en el procedimiento de la *Situación Extraña*), por lo que no desarrollaban un apego significativo con su presunta fuente de seguridad (Rutter, 1978, como se citó en Beckwith, Rozga y Sigman, 2002; American Psychiatric Association, 1980, como se citó en Teague, Gray, Tonge y Newman, 2017). Sin embargo, posteriormente se mostró que estos niños sí que establecen un vínculo de apego significativo con su figura de referencia, pues reaccionan distintivamente ante su marcha. A su vez, tienden a interactuar más con su figura de apego que con un desconocido (Shapiro, Sherman, Calamari y Koch 1987, como se citó en Capss, Sigman y Mundy, 1994).

Ciertas investigaciones que pretenden clasificar el apego en población con anomalías en el desarrollo, han modificado el procedimiento de la *Situación Extraña*. Esta variación puede implicar, entre otros asuntos, la omisión de la estancia a solas con el desconocido (Sigman y Mundy, 1989, como se citó en Sanini, Damasceno, Spillari y Alves, 2008), así como la inclusión de un único episodio de separación-reunión con la figura de apego y el desconocido (Rogers et al., 1993, como se citó en Sanini et al.,

2008). Los resultados de las investigaciones que incorporan esta metodología contribuyen a la ratificación de la capacidad de los niños con TEA para establecer vínculos de apego con sus cuidadores. Se observan mayores conductas de apego que frente a la aplicación del procedimiento en su forma original (Sanini et al., 2008).

Siguiendo una versión modificada de la *Situación Extraña*, en la investigación de Capps et al. (1994) los niños con TEA solían ser inicialmente clasificados según el patrón de apego desorganizado. Esto podía ser debido a las dificultades que presentan en el ámbito de la intersubjetividad, lo que implica síntomas característicos, -descritos con anterioridad-: evitación de la mirada, falta de atención compartida, estereotipias, ausencia de respuesta ante su nombre, entre otros aspectos de la relación interpersonal (Teague, et al., 2017). Por ello, se ha mostrado que muchas de estas características comunes pueden enmascarar la calidad de la manifestación de las conductas de apego (Capps, Sigman y Mundy, 1994; Grzadzinski, Luyster, Gunn y Lord, 2012; Rogers et al., 1993, como se citó en Sanini et al., 2008). Los niños que padecen TEA, además, presentan mayores dificultades a la hora de responder de manera espontánea e interactiva, lo que se acentúa ante una situación desconocida y potencialmente estresante para ellos. Por lo tanto, los resultados de la evaluación del apego según esta metodología, pueden quedar sesgados también por la dificultad en la respuesta ante una situación no familiar e impredecible (Sanini et al., 2008).

b) Cómo responden al estrés los niños con TEA

A nivel general, en la respuesta de estrés intervienen principalmente tres ejes, siendo el neural el primero en activarse, seguido del neuroendocrino si la situación estresante se prolonga en el tiempo y finalmente entrando en juego el eje endocrino. A su vez, éste último engloba varios ejes, uno de los cuales es el HHA (*Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal*), encargado de liberar mineralcorticoides y glucocorticoides, entre los que se encuentra el cortisol (Labrador y Crespo, 1993). El cortisol es una de las hormonas que mayor atención ha recibido de la investigación de la respuesta al estrés, en el contexto de la relación temprana del bebé con el cuidador (Reguera, 2012). Por ello, en la investigación de Naber et al. (2007) se plantea indagar sobre la posible relación entre los niveles de cortisol y el estilo de apego presente en los niños (tanto de población normotípica como clínica), según la clasificación que aporta el procedimiento de la *Situación Extraña* (Naber et al., 2007).

En estudios con población normativa se han encontrado correlaciones significativas entre el vínculo de apego seguro y un nivel adecuado de cortisol, lo que permite la óptima adaptación del niño a los acontecimientos estresantes. En este sentido, el apego seguro actúa como un amortiguador para facilitar el manejo del estrés (Badanes, Dmitrieva y Watamura, 2012, como se citó en Reguera, 2014). Sin embargo, los datos recogidos para los demás estilos de apego resultan controvertidos. Por un lado, algunos defienden la correlación positiva entre una elevada respuesta de cortisol y la presencia de apego desorganizado (Nachmias, Gunnar, Mangelsdorf, Parritz y Buss 1996, como se citó en Naber et al., 2007). Por otro lado, otras investigaciones apuntan un hipocortisolismo relacionado con este patrón de apego (Luijk et al., 2010, como se citó en Reguera, 2014) o con el apego inseguro-ambivalente (Oskis, Loveday, Hucklebridge, Thom y Clow, 2011, como se citó en Reguera, 2014). Por lo que, no parecen encontrarse resultados concluyentes acerca de la relación entre el estilo de apego inseguro o desorganizado, y el hiper-/hipo-cortisolismo (Reguera, 2014). En concordancia con esta presumible falta de relación, no se han hallado diferencias significativas en la respuesta de cortisol, en función del estilo de apego en niños con TEA (Naber et al., 2007).

Es preciso mencionar el papel que juega la oxitocina, ya que es una de las hormonas que se liberan para contrarrestar los efectos del cortisol (Legros, 2002, como se citó en Tabares, Vicente y Sánchez, 2013). La oxitocina aparece como respuesta neuroendocrina a las situaciones sociales placenteras (Tabares et al., 2013). El nivel basal de oxitocina es menor en personas que padecen TEA frente a la población normativa. Sin embargo, se han encontrado resultados similares en los niveles de esta hormona por parte de ambos grupos, en el contexto de la interacción con la figura de apego. A pesar de ello, este incremento en niños con TEA parece durar unos pocos minutos, hasta que se produce un descenso abismal (Feldman, Golan, Hirschler-Guttenberg, Ostfeld-Etzion y Zagoory-Sharon, 2014, como se citó en Teague et al., 2017). Quizás, las diferencias en los niveles de oxitocina y sus tiempos de reacción influyan a la hora de encontrar resultados contundentes en la respuesta al estrés en este tipo de población.

1.3 Estilo de apego en niños con TEA

Desde la perspectiva psicoanalítica, el autismo se había conceptualizado como un trastorno del apego (Capps et al., 1994). Es decir, se consideraba que uno de los posibles orígenes del trastorno podía ser la incapacidad para formar vínculos de apego (Volkmar et al., 1987, como se citó en Naber et al., 2007). Sin embargo, investigaciones posteriores han mostrado la capacidad de los niños con TEA de establecer vínculos de apego con sus figuras de referencia, como se ha expuesto anteriormente. Concretamente, se ha acumulado gran evidencia en torno a la hipótesis de la capacidad de los niños con TEA de establecer un apego seguro con sus cuidadores primarios (Naber et al., 2007; Rutgers et al., 2007; Sigman y Ungerer, 1984, como se citó en Sanini et al., 2008). En torno a ello, autores como van IJzendoorn et al. (2007) inciden sobre la importancia de tener en cuenta que estos niños pueden manifestar las conductas de apego de una forma diferente debido a las características de su trastorno.

En diversos estudios se han encontrado mayores probabilidades de que se dé un apego inseguro en población con TEA, en comparación con población no clínica (Capps et al., 1994; Naber et al., 2007; Rutgers et al., 2007). Algunos autores justificaron que los vínculos de apego seguros se podrían formar de manera más lenta, debido a los retrasos en ciertas áreas del desarrollo (Rogers, Ozonoff y Maslin-Cole, 1993, como se citó en Naber et al., 2007). Otros, sin embargo, consideraron que el autismo correlacionaba con unos niveles muy elevados de arousal ante situaciones de interacción social y que, por ello, estos niños evitaban el contacto interpersonal dando lugar a un mayor porcentaje de estilos de apego inseguros (Rogers et al., 1993, como se citó en Naber et al., 2007).

Aunque hay investigaciones que informan que un 53% de los niños con TEA establecen un apego seguro con sus cuidadores primarios (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn y Berckelaer-Onnes, 2004, como se citó en Teague et al., 2017), Teague et al. (2017) indica que la proporción de apego inseguro presente en esta población puede oscilar entre un 14% y un 60%. Estos datos parecen superiores a la proporción de apego inseguro presente en la población no clínica que gira en torno al 40% (Willemsen-Swinkels, Bakermans-Kranenburg, Buitelaar, van IJzendoorn y van Engeland, 2000, como se citó en Teague et al., 2017).

Por lo tanto, parece que en niños con TEA, la probabilidad de crear vínculos de apego seguros es menor que en población normotípica. Además, en niños con TEA, existe una probabilidad superior de que establezcan apego inseguro a medida que aumenta la severidad del trastorno y/o si éste correlaciona con retraso mental (Naber et al., 2007; Rutgers et al., 2007; Rogers y DiLalla, 1990, como se citó en Teague et al., 2017). En concreto, se ha encontrado una mayor presencia de apego desorganizado en niños con TEA que padecen, a su vez, retraso mental (Rutgers et al., 2004, como se citó en Naber et al., 2007).

2. Dificultades en el establecimiento de vínculos de apego seguros asociadas con el cuidador primario

2.1 Responsividad parental

En la década de los 60 se llegó a considerar el TEA como la consecuencia de una falta de responsividad de la madre hacia el bebé (Bettelheim, 1967, como se citó en Grzadzinski et al., 2012). A pesar de que esta hipótesis ha sido ampliamente invalidada, la relación filio-parental en niños con TEA se ha convertido en un área de especial interés (Grzadzinski et al., 2012).

La responsividad parental es un constructo que engloba cuatro Escalas de Cuidado Materno: sensibilidad-insensibilidad, cooperación-interferencia, disponibilidad-ignorancia o descuido, y aceptación-rechazo (Ainsworth, 1969, como se citó en Halty, 2017). En numerosas ocasiones, esta expresión ha generado cierta controversia en la literatura, pues el término “sensibilidad” tiende a usarse como sinónimo de responsividad (Halty, 2017). La sensibilidad materna fue definida por Mary Ainsworth et al. (1978, como se citó en Beckwith et al., 2002) como la capacidad de la madre de reconocer las señales de demanda de su bebé, la adecuada interpretación de las mismas, así como una respuesta pronta y ajustada a sus necesidades; lo que constituye un factor esencial para el establecimiento de un estilo de apego u otro. En este punto, influyen a su vez, las representaciones mentales que realiza el cuidador primario acerca del futuro de su bebé y de él mismo como cuidador (Huth-Bocks, Levendosky, Bogat y von Eye, 2004, como se citó en Quezada y Santelices, 2010). Este concepto de sensibilidad se incluye en un constructo más amplio, denominado calidad de la responsividad parental,

que engloba todas aquellas conductas pertenecientes al sistema de cuidados parental (*caregiving*) (Halty, 2017).

Esa función parental parece influir en los estilos de apego que presentan los niños con TEA. Se han encontrado correlaciones significativas y positivas entre la presencia de una mayor calidad de la responsividad parental y el desarrollo de un apego seguro en el niño (Bretherton, 1992; Capps et al., 1994). Por ello, Capps et al. (1994) resalta una reciprocidad entre la calidad de la responsividad parental, el estilo de apego seguro en el niño con TEA y su respuesta a nivel social. En la investigación realizada por van IJzendoorn et al. (2007), sin embargo, no se encontró una asociación destacada entre la calidad de la responsividad parental y la mayor presencia de apego seguro, en una muestra de niños con TEA. Parece que los padres de niños con TEA pueden presentar una calidad de la responsividad similar a la de padres de niños sin este trastorno (van IJzendoorn et al., 2007). Por lo tanto, podría plantearse que el impacto de la calidad de la responsividad parental en la vinculación del niño con TEA podría ser menor que en la de niños nomotípicos o verse mediada por otros factores. Sin embargo, los resultados que giran en torno a esta cuestión no son concluyentes (Teague et al., 2017).

Por otro lado, se documenta una correlación negativa entre la calidad de la relación filio-parental y el diagnóstico de TEA en aquellos niños que estaban en riesgo. Es decir, a menor calidad de la responsividad parental, el niño que presente factores de riesgo para el TEA, tendrá mayores probabilidades de ser diagnosticado de este trastorno (Wan, Green y Elsabbagh, 2013, como se citó en Poslawsky, 2014).

2.2 Interpretación parental de demandas del niño con TEA

Las funciones parentales pueden verse afectadas por el desconcierto a la hora de interpretar las demandas del niño. Noh, Dumas, Wolf y Fisman (1989) sugieren que las tareas de los padres pueden verse comprometidas por la falta de adaptabilidad, aceptabilidad y la ausencia o disminución de la intensidad de las demandas por parte de los niños con TEA (como se citó en Rutgers et al., 2007).

Estos niños pueden presentar gesticulación incongruente y expresión negativa ante las interacciones sociales, lo que dificulta la interpretación de sus necesidades (Loveland et al., 1994, como se citó en Beckwith et al., 2002). Al mostrar dificultades

en el intercambio interpersonal y manifestar una expresión emocional incoherente, los padres tienden a verse limitados a la hora de complacer los deseos y necesidades de sus hijos (Beckwith et al., 2002; Rutgers et al., 2007). Además, las conductas que los padres expresan ligadas a su función de *caregivers* pueden ser mal interpretadas o no influir, en absoluto, en la reorganización afectiva que el niño puede estar demandando. Por ejemplo, el bebé, ante determinadas situaciones, puede no encontrar alivio en las conductas parentales de contacto ocular o gesto sonriente, cuando éstas son las que habitualmente funcionan para población no clínica (Girón, 2008).

Las conductas parentales que se ajustan a las demandas del niño se relacionan con el establecimiento de vínculos de apego seguros (Bigelow et al., 2010, como se citó en Nóbrega et al., 2016). Por lo tanto, podría hipotetizarse que las dificultades de los niños con TEA para comunicarse con su entorno obstaculizarán, a su vez, la tarea de los padres de responder adecuadamente a las necesidades de sus hijos. Estas dinámicas en las que algunas necesidades básicas no se llegan a entender y/o cubrir adecuadamente, promoverán posiblemente la aparición de vínculos de apego inseguros.

2.3 Reacción parental ante el diagnóstico y afrontamiento del TEA

Una vez diagnosticado el Trastorno del Espectro Autista, los padres comienzan un proceso de duelo que puede afectar a la relación con el niño. Lo habitual es que esta etapa se inicie con una incredulidad ante el diagnóstico, acompañada de negación y enfado, para más tarde dar paso a sentimientos de culpabilidad (Naiman y Calzetta, 2012). Además, las expectativas que los padres tenían en su hijo suelen fracasar, dando lugar a esos sentimientos de culpa, frustración, pérdida de autoconfianza y estrés, entre otros (Benites, 2010).

Los padres que tienden a presentar mayor preocupación, son aquellos cuyos hijos padecen una mayor afectación (Konstantareas y Hormanidis, 1989, como se citó en Rutgers et al., 2007). Además, se ha encontrado que cuanto menor es la percepción de control de la situación por parte de las madres, mayor estrés sufren (Horowitz, 2004, como se citó en Rutgers et al., 2007). Por lo que, el estrés se configura como una variable recurrente en los familiares de niños diagnosticados de TEA (Pozo, Sarriá y Méndez, 2006). Este factor ha de tenerse en cuenta en conjunto con otras variables

influyentes como son la percepción del problema y el apoyo percibido, ya que el estresor (diagnóstico del trastorno) puede dar lugar a diversos tipos de respuesta.

La presencia de estrés en los padres, puede desembocar en la apreciación de una falta de eficacia para con sus hijos, e incluso puede provocar depresión (Noh et al., 1989, como se citó en Rutgers et al., 2007). Asimismo, la gravedad de los problemas de conducta presentes en el niño influye directamente en los niveles de ansiedad y depresión manifestados en los cuidadores, lo que implica un descenso en su bienestar (Ruiz, Antón, González y Moya, 2012). Esta sintomatología depresiva afecta gravemente a las funciones de la persona, reduciendo la calidad de su responsividad parental (Adams, 2005, como se citó en Quezada y Santelices, 2010), lo que dificultará el establecimiento de vínculos de apego seguros.

Por otro lado, los padres de niños con TEA pueden incurrir en un intrusismo que perjudique el posterior desarrollo de sus hijos. Esto implica que pueden estar sobreestimulándoles, adoptando un rol directivo que coarta su autonomía (Birigen, Robinson y Emde, 2000, como se citó en Poslawsky et al., 2014). De ese modo, pretenden ejercer de “profesores” para evitar en sus hijos un retraso madurativo mayor (Safe, Joosten y Molineux, 2012, como se citó en Poslawsky et al., 2014).

Sin embargo, una mayor aceptación del trastorno y del mundo interno del niño por parte de sus cuidadores, dará lugar a una mayor calidad en la responsividad parental. Así se promoverá, de manera más probable, el establecimiento de vínculos de apego seguros (Teague et al., 2017). Algunas de las consecuencias derivadas de este logro serían una mejoría significativa en las habilidades comunicativas de los niños, tanto verbales como no verbales, así como la contribución hacia una óptima relación interpersonal madre-hijo (Rozga, 2001, como se citó en Beckwith, 2002).

3. Abordaje de las dificultades en el establecimiento de vínculos de apego seguros en niños con TEA

3.1 Video-feedback y FPI

Como se ha comentado con anterioridad, la función parental juega un papel clave en el establecimiento del apego en los niños. Por ello, se han desarrollado programas para abordar las dificultades que surgen en este proceso en niños con TEA. Uno de ellos es el

programa denominado *Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism* (VIPP-AUTI), que pretende promover una mejora en las interacciones niño-cuidador. Dicha intervención consiste en grabar los comportamientos que los padres muestran con sus hijos en su contexto natural para, posteriormente, trabajarlos en sesiones con profesionales. En estas sesiones se observan las grabaciones y se analizan las interacciones, mostrando especial interés en los signos propios del trastorno (Poslawsky et al., 2014). Los resultados que se reportan de su aplicación, muestran menores niveles de intrusismo en los padres que habían experimentado este tratamiento, así como un aumento en el sentimiento de auto-eficacia (Poslawsky et al., 2014).

Otra propuesta de intervención, es el programa *Focused Playtime Intervention* (FPI), que ha mostrado su efectividad en el incremento de la comunicación parental responsiva (Siller, Hutman y Sigman, 2013). Por un lado, consiste en observar los comportamientos de apego mostrados por niños con TEA en una situación de laboratorio (que implica un episodio de separación-reunión con su figura de apego). Por otro lado, se incluye un cuestionario donde los padres plasman la percepción que tienen del apego de sus hijos. Gracias a esta metodología, los padres son instruidos en la detección de determinados signos que puedan estar presentes en sus hijos con TEA, para que actúen de la manera más responsiva posible. Además, se promueven interacciones más eficaces para fomentar el desarrollo de los niños (Siller, Swanson, Gerber, Hutman y Sigman, 2014). Los resultados muestran un incremento cuantitativo en las conductas de apego, de aquellos niños que se expusieron a la intervención, frente a niños del grupo control. Además, se han identificado mejoras en la comunicación parental probablemente relacionadas con esa mejoría en las conductas de los niños (Siller et al., 2014). Parece ser que los padres que presentaban una adecuada capacidad de insight antes de comenzar el tratamiento, son quienes más se benefician de la intervención (Siller et al., 2013). De esta manera, esta investigación podría ser una evidencia a favor de la hipótesis que defiende que las intervenciones basadas en trabajar con la responsividad parental, en niños de alto riesgo, pueden mejorar las conductas de apego (Juffer, Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2008, como se citó en Siller et al., 2014).

A pesar de estos hallazgos, todavía no se ha concluido con firmeza que estas intervenciones mejoren la calidad de los comportamientos del sistema de apego y de exploración en el niño con TEA. Sin embargo, sí se ha mostrado que la calidad de la responsividad parental se ve ampliamente beneficiada (Teague et al., 2017). Por lo que, probablemente se necesiten estudios longitudinales que muestren cómo varía la calidad de las conductas de apego y exploración, a medida que mejora la calidad de la responsividad parental mediante la participación en estas intervenciones.

3.2 Masaje infantil

El masaje infantil engloba una serie de beneficios relevantes para el funcionamiento del bebé. El tacto es la principal vía de comunicación del recién nacido. Por ello, a través del masaje se logra una mejoría en el establecimiento del vínculo de apego con la figura de apego, la cual provee al niño de contención, protección, sujeción y cariño. Además, este sistema tiene influencia sobre el desarrollo motor del niño, su regulación emocional y comportamental, y sobre el desarrollo de habilidades. Así mismo, favorece la salud del bebé ya que contribuye en procesos de los sistemas nervioso, respiratorio, circulatorio, gastrointestinal y endocrino (González, 2007).

Los padres utilizan el masaje infantil como una manera de acercarse físicamente al niño que puede promover una aproximación afectiva y comunicativa. Los niños con TEA suelen mostrarse reticentes al contacto físico por lo que, iniciar tempranamente una intervención dirigida a conseguir una mayor tolerancia a los estímulos táctiles, puede ser muy beneficioso para ellos. De ese modo, los padres también sienten que se abre ante ellos la posibilidad de comunicarse de manera más óptima con sus hijos (Cullen y Barlow, 2002, como se citó en Ruiz, Pérez, Bravo y Romero, 2010).

El programa de masaje infantil que propone Ruiz et al. (2010) se desarrolla en 5 sesiones de 90 minutos donde se tratan diferentes temas relacionados con el bebé y la adaptación familiar para con él. Del mismo modo, se entrena el masaje infantil para que, posteriormente, las familias lo reproduzcan en sus casas (Ruiz et al., 2010). Estas autoras expresan que, los bebés que reciben este tratamiento, se vinculan más estrechamente que aquellos que no lo experimentan. Además, toleran mejor los cambios en el mundo externo y se adaptan más adecuadamente al entorno en el que se

desarrollan. Esta intervención también contribuye a reducir los niveles de ansiedad, tanto en el cuidador, como en el bebé (Ruiz et al., 2010).

4. Consecuencias derivadas del establecimiento de vínculos de apego seguros en niños con TEA

4.1 Desarrollo social, emocional y cognitivo

El establecimiento de vínculos de apego seguros en niños que padecen TEA puede predecir su posterior desarrollo socio-emocional. Supuestamente, gozarán de una mayor capacidad empática y serán más competentes y cooperativos en la relación con los demás (Bretherton y Waters, 1985, como se citó en Capps et al., 1994). En el contexto de la *Situación Extraña*, estos niños tienden a iniciar con mayor frecuencia, comportamientos interactivos con sus cuidadores primarios, frente a aquellos que presentan un apego inseguro (Capps et al., 1994). De ese modo, reflejarán mayores conductas relacionadas con los sistemas de apego y exploración.

En población TEA, se ha encontrado una correlación significativa entre el establecimiento de un apego seguro y un mejor funcionamiento cognitivo, un mejor desarrollo del lenguaje y de la motricidad gruesa (Rogers, Ozonoff y Masloin-Cole, 1991, como se citó en Teague et al., 2017). Además, en la investigación llevada a cabo por Capps et al. (1994), se mostró una mayor respuesta de estos niños con apego seguro ante las demandas de iniciar una atención conjunta. A su vez, se plasmó una mayor interacción del niño con la madre frente a aquellos que no poseían un apego seguro.

Una de las evidencias más relevantes acerca de las consecuencias de establecer un apego seguro, viene de la mano de la actividad lúdica. Jugar es una tarea fundamental para los niños, pues de esta forma desarrollan habilidades motoras, cognitivas y sociales (Pellegrini y Smith, 1998, como se citó en Naber et al., 2008). El juego se complejiza a medida que el niño alcanza las consecutivas metas evolutivas. Primero surge el juego manipulativo, para más tarde dar lugar al funcional, y finalizar posteriormente a un nivel superior, desarrollando el juego simbólico (Naber et al., 2008). Sin embargo, este desarrollo habitual puede verse alterado en niños con algún tipo de trastorno, como ocurre en aquellos que padecen TEA (Rutherford y Rogers, 2003, como se citó en Poslawsky et al., 2014).

El juego simbólico es aquel que gira en torno a la simulación y el doble sentido (Fein, 1981, como se citó en Jarrold et al., 1993), es decir que, consiste en actuar “como si”, fingiendo una situación real (Leslie, 1987, como se citó en Jarrold et al., 1993). Los niños con TEA, debido a las características de su trastorno, presentan dificultades en este tipo de juego así como a la hora de poner en marcha habilidades sociales para relacionarse adecuadamente con los demás (Teague et al., 2017). Sin embargo, existe una mejoría en dichas funciones si se tiene en cuenta el estilo de apego. Aquellos niños que desarrollan un apego seguro, muestran mayor continuidad, duración, variación y complejidad de juego simbólico (Marcu, Oppenheim, Koren-Karie, Dolev y Yirmiya, 2009, como se citó en Teague et al., 2017). La calidad del apego está estrechamente relacionada con la aparición del juego “social”, es decir, la consideración de la presencia de juego en otros (Naber et al., 2008). Esto favorece el desarrollo de habilidades tales como negociación, colaboración, cooperación, confianza y compromiso, esenciales en la formación y el mantenimiento de amistades (Jordan, 2003, como se citó en Naber et al., 2008). Además, algunos estudios afirman que el estilo de apego seguro predice una mejoría en la atención conjunta y la presencia de conductas interpersonales más ricas y complejas, lo que contribuye a la creación de vínculos de amistad (Teague et al., 2017).

4.2 Patrones conductuales

Por otro lado, cabe considerar si las conductas propias de los niños con TEA se ven influidas por el establecimiento de vínculos de apego seguros, como ocurre en los otros ámbitos de su desarrollo. En el área conductual, los niños con TEA suelen mostrar un uso deficiente de los juguetes, pues carecen de creatividad y complejidad en el juego; tendiendo a expresar comportamientos repetitivos y estereotipados (Tsao, 2008). Habitualmente prefieren juguetes simples y alejados del desarrollo de tareas cotidianas que deban reproducir como cocinar, cuidar bebés, limpiar...; muy relacionado con el déficit en el juego simbólico, mencionado con anterioridad (Naber et al., 2008). A pesar de encontrar que la presencia de un apego seguro en el niño con TEA genera grandes beneficios en el juego, en esta revisión no se han encontrado investigaciones que muestren ventajas específicas en el ámbito de las conductas estereotipadas y repetitivas.

A nivel general, los niños con apego desorganizado pueden mostrar estereotipias, movimientos desorganizados sin dirección, paralización y expresión de desorientación,

es decir, conductas similares a los niños con TEA (Main y Solomon, 1990, como se citó en Naber et al., 2007). Estas conductas pueden aparecer como consecuencia del historial de negligencia parental que no les ha permitido desarrollar un patrón relacional organizado con su figura de referencia (Main y Solomon, 1986, como se citó en Naber et al., 2007). Por ello, sería interesante investigar la hipótesis de que las conductas repetitivas, estereotipadas y desorganizadas pueden ser más graves y estar más arraigadas en los niños con TEA con un apego desorganizado, frente a aquellos con un apego seguro. De esta manera, la sintomatología se consideraría como una especie de sumatorio, donde influirían los déficits propios del trastorno, más los que surgen de la carencia del vínculo de apego organizado. Si se probase dicho supuesto, cabría esperar que el establecimiento de vínculos de apego seguros en esta población clínica, favoreciera una sintomatología conductual “menos arraigada”.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Una vez afirmado el supuesto de que los niños con TEA establecen vínculos de apego seguros con sus cuidadores, se destaca la mayor presencia de apego inseguro en esta población frente al total de niños con desarrollo normotípico (Capps et al., 1994; Naber et al., 2007; Rutgers et al., 2007). Este hecho puede tener una importante relación con las características de los niños que presentan este trastorno, pues una de sus principales dificultades se halla en el plano interpersonal. Por ello, resultaría relevante desarrollar líneas de investigación que girasen en torno a la neurobiología presentada por los niños con TEA en la interacción con sus figuras de referencia. La comprensión neurobiológica de las interacciones puede arrojar luz sobre los problemas que surgen en el establecimiento de sus vínculos de apego (Teague et al., 2017).

Las dificultades comunicacionales y de interacción de los niños con TEA influyen en la capacidad de los padres para interpretar las demandas de sus hijos (Beckwith et al., 2002; Rutgers et al., 2007). De este modo, la calidad de la responsividad parental puede verse afectada ante unos niños que muestran sus deseos y necesidades de una manera difícil de descifrar. Esto, a su vez, influirá negativamente en el establecimiento del vínculo de apego seguro por parte del niño. Además, los padres suelen encontrar dificultades en la asimilación del diagnóstico de TEA, ya que es un trastorno crónico que, a día de hoy, no tiene cura e implica un gran cambio en la dinámica familiar (Campbell-Araujo y Figeroa, 2001). Los padres que se enfrentan a este diagnóstico suelen puntuar alto en niveles de estrés y ansiedad. Incluso, cabe la posibilidad de que desarrollen sintomatología depresiva, lo que tiende a mermar la calidad de su responsividad parental (Adams, 2005, como se citó en Quezada y Santelices, 2010). Por el contrario, cuando aparece una mayor aceptación y valoración del niño con TEA, la situación desemboca en mayores probabilidades de establecimiento de vínculos de apego seguros (Teague et al., 2017). De este modo, sería conveniente resaltar la importancia de otorgar apoyo informativo, instrumental y emocional a los padres, de modo que se favorezca el proceso de aceptación del trastorno y adaptación familiar.

El establecimiento de vínculos de apego seguros tiene beneficios relevantes para esta población. Por ello se han desarrollado tratamientos con la finalidad de mejorar dichos vínculos a través de la participación de las figuras de referencia del niño. De ahí, han surgido el VIPP-AUTI (Poslawsky et al., 2014) y el FPI (Siller et al., 2014) que han

mostrado resultados importantes en la mejora de la responsividad parental, aunque no se ha logrado aún un beneficio significativo en la calidad de las conductas de apego y exploración de los menores (Teague et al., 2017). De modo que, se requieren investigaciones futuras que desarrollen intervenciones donde puedan apreciarse beneficios identificables en los vínculos de apego de los niños. El tratamiento a través del masaje infantil (Ruiz et al., 2010), aunque aun requiere de mayor evidencia empírica para su aplicación en esta población clínica, parece ser una adecuada herramienta para mejorar la calidad de los vínculos de apego.

El apego, por tanto, puede considerarse al igual que en población normotípica, un elemento crucial en el desarrollo de los niños con TEA. Sin embargo, es importante tener en cuenta los resultados de algunos estudios que muestran una ausencia de relación entre las conductas de los padres en el ejercicio de su responsividad, y el estilo de apego seguro establecido por sus hijos con TEA (van Ijzendoorn et al., 2007). De esta línea de investigación, se derivaría la premisa de que la relación vincular segura de los niños con TEA se ve directamente influida por factores ajenos a la actuación parental. Sin embargo, la hipótesis seguida en esta revisión ha girado, mayoritariamente, en torno al papel de la calidad de la responsividad parental en el establecimiento de vínculos de apego seguros, teniendo como base los estudios que afirman dicha relación (Bretherton, 1992; Capps et al., 1994; Teague et al., 2017). La calidad de la responsividad parental parece considerarse uno de los factores sobre los que se puede trabajar mediante intervenciones familiares, a pesar de que, es probable que no sea el factor más influyente en la calidad del vínculo que establecen los niños con TEA. El estudio de esos otros factores que interfieren entre la calidad de la responsividad y el estilo vincular del niño, puede ser de gran relevancia a la hora de intentar reducir la sintomatología autista y promover el establecimiento de vínculos de apego seguros.

Los vínculos de apego seguros generan beneficios significativos que pueden mejorar la calidad de vida tanto de niños como de cuidadores. El apego seguro podría entenderse como “amortiguador” de los déficits y dificultades presentes en la población con TEA. Se reportan ventajas en el desarrollo socio-emocional y cognitivo, sobre todo investigado a través de la función lúdica (Naber et al., 2008). De modo que, se aprecian progresos en áreas en las que estos niños presentan una afectación. Por otro lado, sería interesante investigar acerca de los patrones conductuales que presentan los niños con

TEA. El establecimiento de vínculos de apego desorganizados implica la presencia, por lo general, de unas conductas similares a las expresadas por niños con este trastorno: estereotipias, manierismos, expresión de desorientación, entre otras (Naber et al., 2007). Por lo que, presumiblemente, si los niños con TEA presentaran un apego desorganizado, sus conductas estereotipadas y obsesivas estarían más arraigadas, que en el caso de aquellos niños con TEA que presentaran un apego seguro. De esta premisa, se pueden derivar algunas ideas a desarrollar en torno al origen de las conductas mencionadas anteriormente: ¿estas conductas tienen el mismo significado para cada persona que las expresa?, ¿podría considerarse que dichas conductas son acumulativas en forma de sumatorio para aquellos niños que presentan TEA y un patrón de apego desorganizado?, ¿existen diferencias en la cantidad y la gravedad de estas conductas en función de si el niño con TEA establece un vínculo de apego desorganizado u organizado? Por el momento, no se han hallado respuestas a estas incógnitas en la revisión presente. Sin embargo, sería interesante abrir líneas de investigación que puedan responder a tales preguntas.

Por otro lado, se debe resaltar la rigurosidad que ha de seguirse para dilucidar entre los síntomas autistas y aquellos derivados de un patrón vincular desorganizado. La metodología por la que se llevan a cabo las mediciones del vínculo de apego, aun parece estar un tanto difuminada. A pesar de la existencia de investigaciones que aseguran esta distinción sintomatológica, dicha metodología no queda operativizada (Capps et al., 1994). El TEA es un trastorno complejo, por lo que conviene seguir acumulando datos acerca de las relaciones vinculares que estos niños establecen, para poder comprender de manera más concreta el funcionamiento de los vínculos de apego en esta población.

Finalmente, asumiendo la evidencia recabada en torno a la posibilidad que tienen estos niños de establecer vínculos de apego seguros, se han encontrado atisbos de esperanza para lograr una mayor integración en todos los ámbitos de su desarrollo, especialmente a nivel social. Por ello podría plantearse la necesidad de una intervención preventiva sobre la calidad de los vínculos que establecen los niños con TEA. De ese modo, se actuaría lo más tempranamente posible, evitando futuras consecuencias adversas y promoviendo un desarrollo más saludable.

REFERENCIAS

- Alessandri, M., Mundy, P. y Tuchman, R.F. (2005). Déficit social en el autismo: un enfoque en la atención conjunta. *Revista de Neurología*, 40(1), 137-141. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/12/D%C3%83%C2%A9ficit-social-autismo.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.) Edition (DSM-5). Washington, DC: Author.
- Artigas-Pallarès, J. y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. doi: 10.4321/S0211-57352012000300008.
- Benites, L. (2010). Autismo, familia y calidad de vida. *Cultura Revista de la Asociación de Docentes de la USMP*, 24, 1-20. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701024>
- Beckwith, L., Rozga, A. y Sigman, M. (2002). Maternal sensitivity and attachment in atypical groups. En Kail, R. V. (Ed.), *Advances in child development and behavior*, (pp.231-274). Indiana: Elsevier Science.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. Recuperado de http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf
- Campbell-Araujo, O.A. y Figeroa, A.S. (2001). Impacto del autismo en la familia. La percepción de los padres. *Archivos de Neurociencias (México, D.F)*, 6(1), 6-14. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31696>
- Capps, L., Sigman, M. y Mundy, P. (1994). Attachment security in children with autism. *Development and Psychopathology*, 6, 249-261. doi: S0954579400004569
- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. En Cassidy, J. y Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2º ed.). New York, NY, US: Guilford Press.

Confederación Autismo España (s.f.). Trastorno del Espectro del Autismo. *Sobre los TEA*. Recuperado de <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/trastorno-del-espectro-del-autismo>

Di Bartolo, I. (2012). Historias lúdicas de apego: ventanas a la mente en la niñez. *Revista de Psicología*, 8(15), 29-46. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/historias-ludicas-apego-ventanas-mente.pdf>

Fonagy, P. (1999). El sistema de apego como un mecanismo de regulación bio-social de regulación homeostática. *Aperturas psicoanalíticas*, 3. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086>

Girón, S. (2008). Apego y discapacidad. *V Jornadas de Atención Temprana de Andalucía*, 1-15.

González, M.L. (2007). Masaje infantil. *Medicina Naturista*, 1(2), 102-119. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2328582.pdf>

Grzadzinski, R.L., Luyster, R., Spencer, A.G. y Lord, C. (2012). Attachment in young children with autism spectrum disorders: An examination of separation and reunion behaviors with both mothers and fathers. *Autism*, 18(2), 85-96. doi: 10.1177/1362361312467235.

Guzmán-González, M., Carrasco, N., Figueroa, P., Trabuco, C. y Vilca, D. (2016). Estilos de apego y dificultades de regulación emocional en estudiantes universitarios. *Psikhe*, 25(1), 1-13. doi:10.7764/psykhe.25.1.706.

Halty, A. (2017). *La calidad de la responsividad parental: creación y validación de un instrumento observacional* (tesis doctoral). Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

Jarrold, C., Boucher, J. y Smith, P. (1993). Symbolic Play in Autism: A Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23(2), 281-307. doi: 10.1007/BF01046221

Labrador, F.J. y Crespo, M. (1993). *Estrés Trastornos Psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.

- López, S. y García, C. (2007). Patrones comportamentales en el Trastorno Autista: descripción e intervención psicoeducativa. *Psicología Educativa*, 13(2), 117-131. Recuperado de <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ebf61a70-f895-452a-ac3d-ff4d52c151aa%40sessionmgr4008>
- López, C. y Ramírez, M. (2005). Apego. *Revista chilena de medicina familiar*, 6(1), 20-24. Recuperado de <http://revista.sochimef.org/index.php/revchimf/article/view/108/108>
- López, S., Rivas, R.M. y Taboada, E.A. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 555-570. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a11.pdf>
- López, S. y Rivas, R.M. (2014). El Trastorno del Espectro Autismo: Retos, oportunidades y necesidades. *Informes Psicológicos*, 14(2), 13-31. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5229751>
- Martos, J. y Martínez, C. (2001). Autismo: una revisión desde la investigación actual. *Psyche*, 10(2), 3-10. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/376>
- Mosconi, M.W., Cody-Hazlett, H., Poe, M.D., Gerig, G., Gimpel-Smith, R. y Piven, J. (2009). Longitudinal Study of Amygdala Volume and Joint Attention in 2- to 4-Year-Old Children With Autism. *Archives of General Psychiatry*, 66(5), 509-516. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.19.
- Muñoz-Yunta, J.A., Freixas, A., Valls-Santasusana, A. y Maldonado, A. (1999). Estereotipias, trastornos del desarrollo y estudios con neuroimagen. *Revista de neurología*, 28(2), 124-130. Recuperado de http://www.geocities.ws/asperger_infantil/LIBROS ASPERGER/08estudio_neuroimagen.pdf
- Naber, F.B.A. et al. (2007). Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1123-1138. doi: 10.1007/s10803-006-0255-2

- Naber, F.B.A. et al. (2008). Play Behavior and Attachment in Toddlers with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 857-866. doi: 10.1007/s10803-007-0454-5.
- Naiman, F. y Calzetta, J.J. (2012). El apego en los trastornos severos del desarrollo. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSU*, 103-105.
- Nóblega, M. et al. (2016). Cuidado materno y seguridad del apego antes del primer año de vida. *Universitas Psychologica*, 15(1), 245-260. doi: 10.11144/Javeriana.upsy15-1.cmsa
- Pitillas, C., Halty, A. y Berástegui, A. (2016). Fundamentos teóricos de Primera Alianza: los procesos esenciales de la relación temprana. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 137-146. doi: 10.5093/cc2016a11
- Poslawsky, I.E., Naber, F.B.A., Bakermans-Kranenburg, M.J., van Daalen, E., van Engeland, H. y van IJzendoorn, M.H. (2014). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-AUTI): A randomized controlled trial. *Autism*, 1-16. doi: 10.1177/1362361314537124
- Pozo, P., Sarriá, E., Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastorno del espectro autista. *Psicothema*, 18(3), 342-347. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3220.pdf>
- Quezada, V. y Santelices, M.P. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego de bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 53-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/805/80515880005/>
- Reguera, E.A. (2014). Apego, cortisol y estrés, en infantes. Una revisión narrativa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124). doi: 10.4321/S0211-57352014000400008.
- Reynoso, C., Rangel, M.J. y Melgar, V. (2017). Trastornos del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del*

- Seguro Social*, 55(2), 214-222. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf>
- Riquelme, E.H., Henríquez, C. y Álvarez, B. (2003). Relación entre Estilos de Apego y Teoría de la Mente. *Psykhe*, 12(1), 73-81. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/342>
- Rodríguez-Barrionuevo, A.C. y Rodríguez-Vives, M.A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología*, 34(1), 72-77. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2002012>
- Román, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: de la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. *Acción psicológica*, 8(2), 27-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030766003>
- Ruggieri, V.L. (2014). La amígdala y su relación con el autismo, los trastornos conductuales y otros trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, 58(1), 137-148. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2013571>
- Ruiz, N., Antón, P., González, E. y Moya, L. (2012). Consecuencias del cuidado de personas con Trastorno del Espectro Autista sobre la salud de sus cuidadores: estado actual de la cuestión. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1571-1590. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi124u.pdf>
- Ruiz, A.M., Pérez, M.C., Bravo, S. y Romero, I. (2010). Programa para favorecer el proceso de apego en niños con trastorno general del desarrollo a través del masaje infantil. *Nure Investigación*, (45), 1-8. Recuperado de www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/download/482/471/
- Rutgers, A.H. et al. (2007). Autism, attachment and parenting: a comparison of children with Autism Spectrum Disorder, Mental Retardation, Language Disorder, and non-clinical children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 859-870. doi: 10.1007/s10802-007-9139-y.

- Sanini, C., Damasceno, G., Spillari, T., Alves, C. (2008). Comportamentos indicativos de apego em crianças com autismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 60-65. doi: 10.1590/S0102-79722008000100008.
- Schumann, C.M. et al. (2004). The Amygdala is enlarged in children but not adolescents with Autism; the Hippocampus is enlarged at all ages. *Journal of Neuroscience*, 24(28), 6392-6401. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1297-04.2004.
- Siller, M., Hutman, T. y Sigman, M. (2013). A Parent-mediated Intervention to Increase Responsive Parental Behaviors and Child Communication in Children with ASD: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 540-555. doi: 10.1007/s10803-012-1584-y.
- Siller, M., Swanson, M., Gerber, A., Hutman, T. y Sigman, M. (2014). A Parent-Mediated Intervention That Targets Responsive Parental Behaviors Increases Attachment Behaviors in Children with ASD: Results from a Randomized Clinical Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1720-1732. doi: 10.1007/s10803-014-2049-2.
- Tabares, C., Vicente, F. y Sánchez, S. (2013). Análisis del cambio hormonal en una población de niños autistas por el efecto de la terapia asistida con caballos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 615-622. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349852058051>
- Teague S. J., Gray, K. M., Tonge, B.J. y Newman, L.K. (2017). Attachment in children with autism spectrum disorder. A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 35, 35-50. doi: 10.1016/j.rasd.2016.12.002.
- Tsao, L-L. (2008). Social, Language, and Play Behaviors of Children with Autism. *Behavioral Development Bulletin*, 14, 40-51. doi: 10.1037/h0100506
- Van IJzendoorn, M.H. et al. (2007). Parental sensitivity and attachment in children with Autism Spectrum Disorder: Comparison with children with Mental Retardation, with Language Delays, and with Typical Development. *Child Development*, 78(2), 597-608. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01016.x.

**DIFICULTADES EN EL ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS DE APEGO SEGUROS
EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**



Leire
Redondo
Urbieto