

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
CLÍNICA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:  
PSICÓLOGO CLÍNICO**

**ABORDAJE DEL AUTISMO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO**

**DISEÑO DE UNA GUÍA PRÁCTICA PARA LOS PROFESIONALES DE LA  
SALUD, QUITO 2022**

**AUTORAS:**

**DOMÉNICA NICOLE GODOY JIMENEZ  
JOCELYNE DAYANA PAZMIÑO VILLAVICENCIO**

**DIRECTORA: DRA. ELENA NARCISA DIAZ MOSQUERA**

**QUITO, 2022**

## **DEDICATORIA**

Le dedicamos este proyecto a todos los niño/as y familias que presentan el trastorno del Espectro Autista, a los profesionales de la salud que trabajan en este ámbito.

Yo, Jocelyne quiero dedicarle esta investigación a mis padres y hermana que fueron pilares fundamentales de ejemplo y constancia, me guiaron a formarme como una gran profesional.

Yo, Doménica quiero dedicar este trabajo a las personas que estuvieron junto a mi en este proceso, gracias totales.

## **AGRADECIMIENTOS**

Primero queremos agradecer a Dios por la fortaleza que nos ha dado.

A los profesionales de la salud por su labor y entrega en el trabajo con personas con TEA, por el apoyo que se brindó en el presente proyecto.

A nuestras familias por el amor, la atención y el esfuerzo que han brindado a lo largo del proceso para la obtención de nuestro título profesional.

Finalmente, queremos agradecer intensamente a Elenita Diaz por ser la mejor profesora, directora y guía en este último paso.

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue diseñar una guía dirigida a trabajadores del área de la salud, para orientar el abordaje del autismo desde los elementos fundamentales de la teoría del apego, con la finalidad de fomentar una intervención más integral de las personas con TEA. Para ello, se realizó una descripción de las características del autismo con sus niveles de severidad y se detallan los elementos fundamentales en relación a la importancia del establecimiento de vínculos positivos entre los niños y niñas con autismo y los profesionales de la salud que los atienden, a fin de conseguir mejores resultados en las intervenciones. Se efectuó una fase diagnóstica con la participación de 10 profesionales de la salud, a quienes se les aplicó una entrevista que consta de preguntas semiestructuradas. Con los resultados tanto de la búsqueda bibliográfica como de la fase diagnóstica, se elaboró el producto del presente trabajo que consiste en una guía de práctica clínica, que consta de un índice, una parte introductoria, breve descripción del autismo y el apego, la importancia del vínculo en el TEA, descripción de los signos de alarma, los hitos del desarrollo neurotípico, una sección de recepción y acercamiento en donde se muestra paso a paso la primera intervención, las técnicas y prácticas clínicas, además la guía consta de su respectivo glosario de términos y bibliografía. Para la elaboración de la guía se utilizó el programa genially de tal manera que se la puede utilizar de forma digital o física.

Palabras Claves: Trastorno del Espectro Autista, Apego, Vínculo, Desarrollo.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to design a guide for health care workers to orient the approach to autism from the fundamental elements of attachment theory, in order to promote a more comprehensive intervention for people with ASD. To this end, a description was made of the characteristics of autism with its levels of severity and the fundamental elements are detailed in relation to the importance of establishing positive bonds between children with autism and the health professionals who care for them, in order to achieve better results in the interventions. A diagnostic phase was carried out with the participation of 10 health professionals, to whom an interview consisting of semi-structured questions was applied. With the results of both the bibliographic search and the diagnostic phase, the product of the present work was elaborated as a clinical practice guide, which consists of an index, an introductory part, a brief description of autism and attachment, the importance of the bond in ASD, a description of the warning signs, the milestones of neurotypical development, a reception and approach section where the first intervention is shown step by step, the techniques and clinical practices, and the guide also has its respective glossary of terms and bibliography. The Genially program was used for the elaboration of the guide so that it can be used digitally or physically.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder, Attachment, Bond, Development.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| DEDICATORIA.....  | 2  |
| AGRADECIMIENTOS.....  | 3  |
| RESUMEN.....  | 4  |
| ABSTRACT.....   | 5  |
| CAPÍTULO I.....   | 9  |
| MARCO INTRODUCTORIO.....  | 9  |
| 1.1 Tema.....   | 9  |
| 1.2 Datos de la Organización o Institución.....                                 | 9  |
| 1.3 Planteamiento del problema.....   | 10 |
| 1.4 Antecedentes.....   | 10 |
| 1.5 Justificación del proyecto.....   | 12 |
| 1.6 Objetivos.....  | 13 |
| Objetivo General.....   | 13 |
| Objetivos Específicos.....  | 14 |
| CAPÍTULO II.....  | 14 |
| MARCO TEÓRICO.....  | 14 |
| 2.1 Trastorno del espectro autista (TEA).....                                   | 14 |
| 2.1.1 Antecedentes.....   | 14 |
| 2.1.2 Definición y Características.....   | 16 |
| 2.1.3 Criterios Diagnósticos.....   | 18 |
| 2.1.4 Grados de severidad.....  | 21 |
| 2.1.4 Incidencia y Prevalencia del Autismo.....                                 | 22 |
| 2.2 El vínculo de apego.....  | 23 |
| 2.2.1 Principales postulados de la teoría del apego.....                        | 23 |
| 2.2.2 Desarrollo del vínculo de apego en niños neurotípicos.....                | 29 |
| 2.2.3 El desarrollo de los vínculos de apego en el autismo.....                 | 33 |
| 2.2.4 El establecimiento de relaciones vinculares con profesionales de la salud | 37 |
| CAPÍTULO III.....   | 42 |
| MARCO METODOLÓGICO.....   | 42 |
| 3.1 Fase diagnóstica.....   | 42 |
| 3.1.1 Metodología.....  | 42 |
| 3.1.2 Participantes.....  | 43 |

|                    |                               |    |
|--------------------|-------------------------------|----|
| 3.1.3              | Instrumentos .....            | 43 |
| 3.1.4              | Procedimiento.....            | 46 |
| 3.1.5              | Resultado .....               | 46 |
| 3.2                | Producto .....                | 50 |
| 3.2.1              | Objetivo del proyecto .....   | 50 |
| 3.2.2              | Hipótesis o supuestos .....   | 50 |
| 3.2.3              | Destinatarios .....           | 51 |
| 3.2.4              | Precondiciones.....           | 51 |
| 3.2.5              | Indicadores.....              | 51 |
| 3.2.6              | Fuentes de verificación.....  | 52 |
| 3.2.7              | Medios o insumos.....         | 52 |
| 3.2.8              | Matriz de Marco lógico .....  | 54 |
| 3.2.9              | Descripción del producto..... | 56 |
| 3.2.11             | Sostenibilidad .....          | 58 |
| 3.2.12             | Evaluación .....              | 59 |
| 3.2.13             | Cronograma .....              | 60 |
| BIBLIOGRAFÍA ..... |                               | 62 |
| ANEXOS .....       |                               | 66 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1 .....  | 19 |
| Criterios para el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, según el DSM-5 .... | 19 |
| Tabla 2 .....  | 21 |
| Grados de Severidad del TEA.....   | 21 |

## CAPÍTULO I

### MARCO INTRODUCTORIO

#### 1.1 Tema

El tema de la presente disertación fue “Abordaje del autismo desde la teoría del apego. Diseño de una guía práctica para los profesionales de la salud, Quito 2022”.

#### 1.2 Datos de la Organización o Institución

**Nombre:**

El presente proyecto está dirigido a profesionales de la salud que laboran en centros de consulta externa y centros de atención, que atienden, entre otra población, a niños y niñas con autismo. Por tal motivo, no se plantea el trabajo en una institución en particular.

**Actividad:**

El proyecto va dirigido a espacios de atención en salud física o psicológica de niños y niñas con autismo, quienes requieren un trato acorde a sus necesidades y condición.

**Ubicación:**

Los profesionales de la salud deben ser parte de centros de consulta externa o centros de atención a niños y niñas con autismo, ubicados en Quito o en otras ciudades del Ecuador.

**Características:**

Deben ser profesionales de la salud que estén relacionados con el trabajo en autismo, sea desde la Psicología Clínica, Psicorehabilitación, Neuropsicología, Medicina, Psicología infantil, Fisioterapia o afines.

**Contexto:**

El proyecto está dirigido a los profesionales de la salud. La guía se presenta como una herramienta para el abordaje del autismo desde los elementos principales de la teoría del apego.

### **1.3 Planteamiento del problema**

El desarrollar vínculos afectivos es de importancia vital en los seres humanos. Considerando las variables de este trabajo, se plantea que generar vínculos con niños o niñas con autismo dependerá, no solo del grado de severidad de su condición, sino también de cómo es visto y posicionado frente a sus cuidadores y frente a los trabajadores de la salud que los atienden. En este sentido, resulta fundamental que, desde la psicología, se planteen estrategias que orienten al personal de salud sobre la manera de relacionarse con personas con autismo, dado que no todos los profesionales en el área están familiarizados con el trastorno, sus características y necesidades de quienes tienen esta condición. Para iniciar el tema del autismo de cómo se relaciona con el autismo

El trabajo con las personas con autismo puede enriquecerse e incluso, conseguir mejores resultados, si se establece una relación positiva entre el profesional tratante y la persona con autismo. Por lo tanto, es imperativo desarrollar la relación del vínculo emocional entre ambas partes, como un factor regulador (Teague et al., 2017). Este vínculo es de alta importancia en el caso de los profesionales de la salud que atienden a niños/as autistas, tema sobre el que existe poca información.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) ha elaborado una guía de práctica clínica para la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del autismo desde un enfoque cognitivo-conductual, sin embargo, se considera relevante puntualizar ciertas recomendaciones relativas a la interacción entre el profesional y el paciente, basadas en la Teoría del Apego, que beneficien los procesos de atención y tratamiento.

### **1.4 Antecedentes**

Uno de los antecedentes primordiales de este proyecto es el documento creado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, previamente mencionado, que lleva el nombre de “Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento”. Guía de Práctica Clínica (GPC), realizada en el año 2017 por un grupo de profesionales de diversos ámbitos que tratan este tema en el espacio clínico ya sea público o privado. La guía presenta lineamientos descriptivos desde

el diagnóstico hasta el seguimiento tomando en cuenta todos los elementos que un proceso puede abarcar desde el ámbito cognitivo conductual, es decir, tangible y comprobable (Ministerio de Salud Pública , 2017). Sin embargo, en el presente trabajo se ha buscado complementar estos lineamientos desde la teoría del apego, enfatizando en la importancia de los vínculos que se establecen entre las personas con autismo y los profesionales de la salud que los atienden.

Tras la revisión de investigaciones sobre el Trastorno del Espectro Autista que han aportado a la comunidad, se encuentra en el repositorio digital de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la disertación titulada “La influencia de la figura paterna y su relación en el desarrollo del trastorno del espectro autista del hijo desde una visión psicoanalítica” (López, 2017). La investigación trata sobre el análisis teórico del dominio que ejerce el padre en el desarrollo de los niños que presentan un cuadro de trastorno del espectro autista. Así pues, la autora concluyó que la presencia de un cuidador primario que cumpla la figura paternal es de suma importancia para desarrollo del niño desde el nacimiento. Dicha función permite la estructuración psíquica del infante dándole la herramienta simbólica, es decir, el lenguaje y su relación con el significante, sin embargo, en el TEA el orden simbólico es perjudicado debido a la deficiencia en la capacidad de representación y en la relación con el Otro. Además, en la resolución del conflicto del Edipo los niños con autismo tienen un retraso, por lo tanto, la función paterna no es efectuada debido a las leyes que son regidas internamente (López, 2017). Como se puede apreciar, este estudio enfatiza en la importancia del vínculo con la figura paterna; el presente trabajo también aborda el tema del vínculo, pero en función de los profesionales de la salud que atienden a población con autismo.

Por otro lado, en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, se realizó una investigación sobre la comorbilidad clínica de los niños y niñas autistas diagnosticados en el año 2015 en Quito y Guayaquil (Jara, 2019). El estudio trata de determinar las comorbilidades clínicas en pacientes con TEA y los factores sociodemográficos; puesto que se trata de un estudio teórico aplicativo, en los resultados se aprecia que el 90% de los pacientes presentan diferentes comorbilidades, el 34% tenía discapacidad intelectual, mientras que el 60% presentaba insomnio. Así pues, el número de comorbilidades se relaciona estrechamente con factores socioeconómicos, la contaminación ambiental y el rango de conocimiento de los cuidadores primarios, de ese modo, se puede mencionar que la inestabilidad de dichos factores afecta tanto a los

pacientes con TEA como a sus cuidadores (Jara, 2019). Los resultados permiten visibilizar que la población con autismo necesita del trabajo con profesionales de la salud y, por tanto, los vínculos que se generen entre ellos son fundamentales.

Además, se revisó una investigación de la Universidad San Francisco de Quito, sobre la experiencia de padres de niños con trastorno del espectro autista que recibieron terapia DIR/Floortime (Izurieta, 2017). En este trabajo se describe al TEA como un trastorno propio del neurodesarrollo que se caracteriza por alteraciones en la comunicación, interacción social, entre otros. Así pues, afecta en los ámbitos social, académico y emocional. Existe un modelo de tratamiento que ayuda a los padres al desarrollo de los niños, como es el DIR/Floortime, que se encarga de la adquisición de habilidades cognitivas y lingüísticas, dando como respuesta indirecta el trabajo entre el paciente, padres y terapeuta para el establecimiento del vínculo (Izurieta, 2017).

Sobre la base de estos antecedentes, el presente trabajo se enfocó en la Teoría del Apego como fundamento en el establecimiento de vínculos positivos entre las personas con autismo y los profesionales de la salud que los atienden.

### **1.5 Justificación del proyecto**

En función de las razones sociales, esta disertación toma en cuenta que, los datos de prevalencia han cambiado en los últimos años, ya que “la media de prevalencia de autismo en el mundo era de 62/10.000, es decir aproximadamente un 1% de la población tiene esta condición” (López Chávez y Larrea Castelo, 2017). Por otra parte, la información más reciente que pertenece a la Organización de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), afirma que la prevalencia a nivel mundial va acorde con “la última estimación del 1.7 por ciento (1 de cada 59)” (CDC, 2018) niños y niñas diagnosticados con autismo. Además, las estadísticas presentadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2016, consideran que aproximadamente se reportan 1258 personas diagnosticadas con algún Trastorno del Espectro Autista, lo que en relación con la población general se podría considerar una minoría, sin embargo, no existen en el contexto ecuatoriano estudios que den cuenta de la prevalencia real; más allá de ello, es un grupo que requiere atención prioritaria en el ámbito de la salud (López Chávez y Larrea Castelo, 2017).

En varias ocasiones, los datos no toman en cuenta la disparidad en género, situación económica y sociocultural, lo que nos lleva a pensar que quizás las estadísticas se acercan muy poco a la realidad de esta condición a nivel clínico. La guía de abordaje del autismo desde la teoría del apego permitirá un acercamiento para los profesionales de la salud hacia ese tema de una forma más certera.

En relación a las razones teóricas, se ha seleccionado la teoría del apego para abordar este trabajo, pues este enfoque está fundamentado por Bowlby, quien plantea diferentes variables que afectan a la conducta del sujeto y su organización psíquica; una de ellas es ciertamente el apego. Tras varias investigaciones se determinó que las experiencias con los cuidadores primarios en la infancia, niñez y adolescencia marcan una notable diferencia en su desarrollo (Molero Mañes et al., 2011).

En cuanto a las razones personales, se diseña y desarrolla esta guía con el fin de aportar a nuestro crecimiento profesional y validación de nuestros conocimientos en el ámbito de la Psicología Clínica. La investigación es importante porque plantea otra forma de abordar esta condición desde un aspecto que implica elementos subjetivos.

El tema es de vital importancia debido a la incidencia que se plasma dentro del contexto psicológico, es decir, hay casos clínicos de niños que presentan trastorno del espectro autista donde la intersubjetividad y el apego se ven afectados, sin embargo, el diagnóstico temprano forma parte de su posterior tratamiento. Así pues, se pueden obtener datos importantes sobre el desarrollo del niño y la niña con un enfoque teórico aplicativo tomando en cuenta los planteamientos de Bowlby, enfoque con el cual se lleva a cabo el presente trabajo.

En cuanto al aporte, este proyecto amplía la visión para crear en las presentes y futuras generaciones el interés de abordar trastornos de esta índole desde diversos enfoques teóricos que pueden llevarse a la práctica.

## **1.6 Objetivos**

### **Objetivo General**

El objetivo general de la presente disertación fue diseñar una guía dirigida a trabajadores del área de la salud para el abordaje del autismo desde los elementos

fundamentales de la teoría del apego con la finalidad de fomentar una intervención más integral.

### **Objetivos Específicos**

Como objetivos específicos se plantearon:

- Describir las características del autismo con sus niveles de severidad para contextualizar las necesidades en el ámbito afectivo.
- Establecer los elementos fundamentales de la teoría del apego en relación al vínculo afectivo de los niños y niñas autistas con los profesionales de la salud, con la finalidad de conseguir mejores resultados en la atención.
- Efectuar una fase diagnóstica con la participación de profesionales de la salud para obtener información que aporte al diseño de la guía.

A continuación, se presenta el marco teórico el cual está dividido en dos partes, el autismo y la teoría del apego para posteriormente correlacionarles significativamente. En las implicaciones del autismo se va a encontrar: antecedentes, definición, características, los criterios diagnósticos, son elementos primordiales en el establecimiento de bases teóricas debido a que nos ayudarán a comprender a profundidad el trastorno. En la teoría del apego se encuentra la relevancia que existe al desarrollar un vínculo afectivo en los primeros años de vida

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Trastorno del espectro autista (TEA)**

##### **2.1.1 Antecedentes**

Leo Kanner (1943), es por excelencia el autor de la primera conceptualización del autismo, como un trastorno de la personalidad, su concepción desde ese momento solo ha podido ir evolucionando (Fernández, 2016). También determinó las características

principales que aún se mantienen en los criterios diagnósticos del trastorno. Para el autor, inicialmente los síntomas eran:

1. Incapacidad para establecer relaciones con las personas
2. Retraso en la adquisición del habla
3. Utilización del habla, pero no para comunicar
4. Ecolalia retardada
5. Inversión pronominal
6. Actividad de juego repetitiva y estereotipada
7. Insistencia obsesiva en preservar la identidad
8. Carencia de imaginación
9. Buena memoria
10. Aspecto físico normal
11. Se diagnostica en la primera infancia.

Entre los años cincuenta, los aspectos característicos de la condición fueron considerados como un trastorno psicogénico: el “autismo”, con márgenes claros y presentación clínica similar en todos los pacientes. En algunos países fueron concebidos como el resultado de un deficiente trato familiar y cercano a la psicosis (Fernandez, 2016).

Por lo que se puede evidenciar, en aquel entonces se consideraba que los síntomas comunes también podían ser determinados por el relacionamiento que la red de apoyo tenía con el paciente, su condición socioeconómica y cultural, además, del acceso a la salud pública o diagnóstico temprano. A finales de esta primera época se determinó que los síntomas poco cambiantes pertenecerían a un retraso en el desarrollo mental del individuo (Fernandez, 2016).

Autores como Horwitz y colaboradores, en 1988 formularon la hipótesis de que el autismo es provocado por un déficit de la conectividad funcional de los circuitos neuronales por déficit en las neuroquinas, en la neurogénesis y la gliogénesis, sistemas que permiten la sincronización entre las diferentes áreas cerebrales. Por esta razón, se

refiere al autismo como un problema de tipo cognitivo y neurobiológico (Fernandez, 2016).

En los años setenta, se ha incorporado el término de Trastorno del Espectro Autista (TEA), a partir de las investigaciones y aportes de L. Wing y J. Gould, el cual parece más adecuado, dadas las circunstancias en la evolución de la condición y las sociedades (Fernandez, 2016). Además, de los aspectos considerados y que a través del tiempo han sido concretamente aceptados en la denominación Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), el término Trastorno del Espectro Autista (TEA) resalta la noción dimensional de un “continuo” (no una categoría), en el que se altera cualitativamente un conjunto de capacidades en la interacción social, la comunicación y la imaginación (Fernandez, 2016).

Actualmente, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) creado, regulado y periódicamente actualizado por la American Psychiatric Association (APA), quinta edición (2014), el autismo se encuentra en los trastornos del neurodesarrollo y consta como Trastorno del Espectro Autista, el cual incluye al Trastorno del neurodesarrollo no especificado, el Asperger y el Síndrome de Rett (APA, 2014).

### **2.1.2 Definición y Características**

La palabra autismo proviene del griego auto- de autos, “propio, uno mismo” por lo que se define a nivel global, como una perturbación del desarrollo, constante y profunda (Maseda, 2013). Sus manifestaciones clínicas estables y duraderas, que clásicamente se reagrupan en la llamada “triada de Wing”, son las dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal y un patrón restringido de intereses o comportamientos (Maseda, 2013).

Los TEA son un conjunto de trastornos del neurodesarrollo que pueden detectarse en la primera infancia, se vinculan entre sí por ciertos rasgos y que incluyen las siguientes características comunes:

- Relación social: Dificultades en el desarrollo de la interacción socioemocional recíproca.

- Comunicación: Dificultades en el desarrollo y en ciertos casos articulación del lenguaje, tanto en la comprensión como expresión del mismo, además, en la comunicación verbal y no verbal.

- Intereses: Restringidos y conductas repetitivas, restrictivas y estereotipadas.

Según DSM-5 el autismo se encuentra catalogado en los trastornos del neurodesarrollo con la nomenclatura F84.0, coincidente con el CIE-10 empleado a nivel clínico (APA, 2014). En el Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública, para el diagnóstico del autismo, ya que no existen marcadores biológicos fiables, se usan los criterios estandarizados del DSM-5, su diagnóstico tiende a ser subjetivo y confundido con otras patologías de mayor incidencia en la población ya que pueden compartir ciertos síntomas.

Por este motivo, deben ser verificados a través de instrumentos especializados y aplicados por profesionales que tengan la capacitación adecuada para realizarlos, donde se brinde a los pacientes una evaluación completa e integral, con espacios multidisciplinarios que ubiquen las necesidades físicas y psíquicas de cada niño y niña.

Algunas personas con TEA presentan una pérdida progresiva de habilidades, en varios ámbitos de su desarrollo vital. De acuerdo con las características presentadas en la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno del Espectro Autista en niños y adolescentes, elaborada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) al año 2017 en el país, las descripciones clásicas de síntomas presentes desde el nacimiento o estancamiento del desarrollo, no parecen estar tan apegadas a la realidad clínica.

Sin embargo, se debe entender a la regresión como una de las dimensiones alteradas de manera continua en los TEA, definida por el momento y la gravedad de la pérdida de habilidades. Es decir, se alcanza un punto de desarrollo y luego se da un retorno a lo que la psique de la persona conoce o donde se siente seguro, lo cual podría verse desde una mirada subjetiva como un mecanismo de defensa. Esto explicaría el enmascaramiento de una lenta regresión en aquellas personas con mayores alteraciones y con una presentación clínica más temprana. Adicionalmente, también se podría explicar la pérdida brusca de habilidades en presentaciones clínicas tardías (Ministerio de Salud Pública, 2017).

En lo que respecta a las características en la edad temprana, se evidencian problemáticas relacionadas con sus pares, tales como la no utilización de la mirada y la dificultad para lograr contacto visual con las personas. De igual manera, la actividad funcional con objetos se ve alterada; además, es posible observar cómo se establece el juego en los niños y niñas con TEA, el cual es rutinario y de cierta forma repetitivo, sin actividad simbólica y con persistencia en las acciones y las frases cortas que pueden ser expresadas en las historias que acompañan el juego, como un evento literal y persistentemente corto (Ministerio de Salud Pública, 2017).

A lo largo de su desarrollo vital, las personas con TEA pueden presentar un declive en el rendimiento cognitivo, pues es donde la falta de interacción social marca una pauta importante en el desarrollo de habilidades que crean nuevas conexiones neuronales en las personas, aunque, también un aumento en el aspecto verbal del cociente intelectual (CI).

Lo que se ha podido apreciar es que, la adquisición de un lenguaje funcional antes de los 6 años y un rendimiento de CI mayor a 70, son factores de buen pronóstico (menor declive cognitivo), junto a un CI verbal y cognitivo sobre 70 (Ministerio de Salud Pública, 2017, p.16-17).

Por estas razones, aquellas personas afectadas por síndrome de Asperger, tienen el mejor pronóstico dentro de los TEA, pues en ellos el desarrollo verbal suele ser más elevado y no se presentan comorbilidades de orden cognitivo, de ahí que las implicaciones de la condición varían de acuerdo a cada caso.

### **2.1.3 Criterios Diagnósticos**

A nivel clínico, en el presente trabajo se han empleado los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014) para poder determinar de manera universal la patología. A continuación, se describen textualmente estos criterios, que corresponden al código F84.0:

**Tabla 1**

*Criterios para el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, según el DSM-5*

|   |   |
|---|---|
| A | <p>Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.</li> <li>2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.</li> <li>3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.</li> </ol> <p><b>Especificar la gravedad actual:</b></p> <p><i>La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).</i></p> |
| B | <p>Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).</li> <li>2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de</li> </ol>   |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).</p> <p>3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).</p> <p>4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).</p> |
| C | Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).  |
| D | Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.  |
| E | Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.   |

*Nota:* Tomado de *TABLA 1 Criterios diagnósticos*, DSM-5 (APA, 2014), p. 50-51.

Es importante mencionar que según el DSM-5, a los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática) (APA, 2014).

### 2.1.4 Grados de severidad

El nivel de severidad del trastorno del espectro autista se determina como un especificador para el diagnóstico. Inicialmente se consideran dos espacios de análisis de conducta y desarrollo de síntomas para el diagnóstico más próximo en cuestión de la severidad del autismo, la comunicación social y los comportamientos restringidos y repetitivos.

**Tabla 2**

*Grados de Severidad del TEA*

| Nivel de severidad                   | Comunicación social   | Comportamientos restringidos y repetitivos  |
|--------------------------------------|---|---|
| Grado 1 “Necesita ayuda”             | Las deficiencias en la comunicación causan problemas notables, puede parecer que tiene poco interés en establecer interacciones sociales. Es capaz de generar frases completas, pero le resulta limitante continuar con una conversación más amplia.        | La inflexibilidad del comportamiento causa una dificultad para alternar actividades. La planificación, organización y ejecución se ven limitadas y causa poca autonomía.    |
| Grado 2 “Necesita ayuda notable”     | Deficiencias notables en las aptitudes de la comunicación social, verbal y no verbal. Inicio limitado de la interacción social y respuestas cortas o no tan comunes. Es capaz de manifestar interés concretos pero su comunicación no verbal es excéntrica. | La inflexibilidad del comportamiento provoca ansiedad o dificultad para ejecutar un cambio de foco en las actividades, interfiere con el funcionamiento en varios aspectos. |
| Grado 3 “Necesita ayuda muy notable” | Son graves las deficiencias que causan alteraciones del   | La inflexibilidad del comportamiento y la extrema   |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | funcionamiento social, intentos limitados e insatisfactorios de en las interacciones sociales. Pocas palabras inteligibles, con respuestas mínimas a la apertura social de otras personas y cuando lo hace usa estrategias inusuales para expresarlo. | dificultad para asimilar y adaptarse a los cambios es grave, limita notablemente el funcionamiento en todos los aspectos. Ansiedad intensa al intentar cambiar el foco de atención. |
|--|---|---|

Nota: Adaptado de TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista”, DSM-5 (APA, 2014), p.52

El manejo de los TEA se fundamenta en un enfoque integral, multisistémico e interprofesional enfocado en la persona con TEA, su familia y la comunidad. En los últimos años, en el Ecuador, los niños y adolescentes que tienen esta patología son parcialmente atendidos, con un enfoque educativo, con adaptaciones educativas y programas de integración de acuerdo a su condición, siempre y cuando puedan acceder a estos servicios, pero en pocos casos se toma en cuenta una especificidad diagnóstica y terapéutica que complemente su tratamiento.

Las características para identificar los niveles de severidad se muestran de manera general, pero cada caso necesita una evaluación única e integral, se manifiestan síntomas en situaciones específicas y, además, se debe garantizar apoyo y sostenimiento a la red de apoyo del paciente.

#### **2.1.4 Incidencia y Prevalencia del Autismo**

El autismo es enigmático, desde sus causas hasta su incidencia por población y género. La información más reciente que pertenece a la Organización de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), indica que la prevalencia a nivel mundial va acorde con “la última estimación del 1.7 por ciento (1 de cada 59)” (CDC, 2018) de niños y niñas son diagnosticados con autismo. El grado de severidad determina en gran medida el tipo de adaptaciones escolares y acceso a servicios donde se acompañe el proceso que requiere cada paciente.

La tendencia mundial y regional respecto al aumento de la incidencia y prevalencia de los casos de TEA se refleja en la realidad nacional ecuatoriana. Independientemente de la causa de esta tendencia, los TEA constituyen un problema de salud pública que afecta a grupos prioritarios de atención y a sus familias, que en la mayoría de casos pueden ser categorizados con otros diagnósticos de salud mental o peor aún, no visibilizados (Ministerio de Salud Pública, 2017, p. 12).

En el Ecuador, según la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento se menciona que:

En la población menor de 5 años, la prevalencia en el 2015 fue del 0,28 % (0,18 % – 0,41 %) con un cambio de porcentaje anual del 0,0069 % y en la población de 5 – 14 años la prevalencia fue del 1,7 % (1,29 % – 2,15 %), con un cambio del porcentaje anual del 0,016 % (Ministerio de Salud Pública, 2017, p. 11).

Así mismo, para el 2016, de acuerdo a datos proporcionados por la Dirección Nacional de Discapacidades del Ministerio de salud Pública, quienes aportan con cifras para correlacionar los datos de incidencia y prevalencia, con base en su informe técnico, se reporta la existencia de 1266 personas diagnosticadas dentro de los TEA (Ministerio de Salud Pública, 2017). De estas, 254 han sido registradas con diagnóstico de autismo atípico, 792 con diagnóstico de autismo de la niñez, 205 con el síndrome de Asperger y 15 se registraron dentro del síndrome de Rett, con sus respectivas características (Ministerio de Salud Pública, 2017).

## **2.2 El vínculo de apego**

### **2.2.1 Principales postulados de la teoría del apego**

La teoría del apego nace de la idea de concebir adultos y adolescentes que sean sanos, felices y seguros de sí mismos; es muy idealista encontrar personas con dichas características por factores externos de la sociedad. En un inicio, John Bowlby (1951) investigó las causas de las perturbaciones mentales en el individuo, se centró directamente

en la infancia, descubrió que la relación madre- hijo influye drásticamente en su desarrollo emocional. Así pues, Bowlby afirma:

Se considera esencial para la para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante de la madre (o de quien con carácter permanente la substituya) en los que ambos encuentran satisfacción y goce (Bowlby, 1951, p. 13).

La investigación *Maternal Care and Mental Health* de Bowlby fue cuestionada por los psiquiatras y psicólogos de la época, quienes criticaban la falta de evidencia y explicación adecuada de cómo los tipos de experiencia en el desarrollo podrían influir en la personalidad. En 1963 Mary Ainsworth publicó un artículo en el que identifica un mayor número de problemas en los niños y niñas que fueron separados de sus cuidadores primarios. A finales de los 50, Harry Harlow presenta un estudio sobre los efectos de la privación de cuidados maternos en los macacos de la India (Bowlby, 1988). Estos artículos fueron imprescindibles para la llegada de críticas constructivas a la investigación de Bowlby, acerca de la importancia del vínculo afectivo que se genera entre cuidador-niño.

La primera investigación sobre la relación entre madre-niño conllevó como consecuencia varias interrogantes, sin embargo, la principal era la razón del desarrollo de un vínculo estrecho con la madre. Bowlby se cuestionaba que la causa aparente fuera el alimento, por otro lado, planteaba la idea de que un niño/niña se apegaría a cualquiera que lo alimentara; el trabajo de Lorenz en 1935 investiga sobre los patos y ansarinos, trata sobre el fuerte vínculo que desarrollan diferentes especies de animales con la figura materna sin la necesidad que le proporcione ningún tipo de alimento (Lorenz, 1935). Desde ese punto, Bowlby se dio cuenta que es un enfoque prometedor investigar el vínculo afectivo y sus implicaciones.

Así mismo, Harlow en sus investigaciones determina que las crías escogen notablemente a una madre ficticia tierna que no les proporciona alimento, en lugar de una madre indiferente que sí les nutre (Harlow y Zimmermann, 1959 citado en Bowlby, 1988). El informe sobre Harlow permitió a Bowlby desarrollar el concepto sobre la conducta de apego:

La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta. Sin embargo, saber que la figura de apego es accesible y sensible le da a la persona un fuerte y penetrante sentido de seguridad, y la alienta a valorar y continuar la relación (Bowlby,1988, p. 40).

Es primordial entender la interacción de la madre-niño/a desde su nacimiento, debido a que es su primer contacto ante el mundo externo. Así pues, después de la concepción, la mamá lo levanta y empieza a acariciar su cara con sus manos, es precisamente en ese instante que el bebé se torna calmado, continúa el contacto por sus brazos piernas y cabeza, siente la necesidad de colocarlo en su pecho, posteriormente el bebé succiona continuamente; los observadores manifiestan que es impresionante como la atención de la madre o de toda una sala se dirigen hacia el niño; es importante entender la capacidad del bebé neurotípico al ingresar en una interacción social y la forma de responder la madre con sensibilidad (Bowlby, 1988). En un inicio, el cuidador primario y el niño/a forman una interrelación (interacción y separación) que se adapta a un equilibrio en donde el niño/a sigue su ritmo y la madre regula la conducta de tal modo que se ajuste a él (Bowlby,1988).

Es imperativo mencionar la sensibilidad como un término presentado por Mary Ainsworth; la autora determina que los niños que tienen un cuidador sensible lloran menos y que están prestos a aceptar las decisiones de sus padres, por lo que se afirma “la sensibilidad materna se define como la habilidad de la madre para tomar conciencia, interpretar adecuadamente y responder de forma apropiada y contingente a las señales y comunicaciones del infante” (Ainsworth, et al., 1978/2015, p. 19).

La ansiedad por separación es un término que ha estado presente desde hace décadas; varios estudiosos han determinado que se da por temor a percibir intrínsecamente una amenaza dolorosa o peligrosa, sin embargo, se toma en cuenta que tanto los animales como los humanos muestran temor a diferentes situaciones debido a

que existe un aumento de riesgo, es decir, que tienden a reaccionar con miedo a un cambio que está fuera de lo conocido (Bowlby, 1988). Por lo tanto, es relevante comprender que dicha ansiedad está presente en el niño cuando experimenta el abandono por parte de su cuidador primario, que da como resultado la protesta, la exasperación y el desapego.

La conducta del apego se observa claramente en la infancia, sin embargo, se presenta a lo largo de la vida, sobre todo en situaciones emergentes; es parte de nuestra naturaleza y se comparte con otras especies; una de las principales funciones biológicas es la protección (Bowlby, 1988). El concepto abrió varios campos en el mundo de la psicología, no obstante, algunos clínicos criticaban que no es más que una versión del conductismo. Bowlby determinó la diferencia entre apego y conducta del apego:

La teoría del apego es un intento por explicar tanto la conducta de apego -con su episódica aparición y desaparición- como los apegos duraderos que los niños y otros individuos tienen con otras personas determinadas. En esta teoría, el concepto clave es el del sistema conductual. Este está concebido sobre la analogía de un sistema fisiológico organizado homeostáticamente para asegurar que una determinada medida fisiológica -como la temperatura sanguínea o la tensión arterial - se mantenga dentro de los límites adecuados (Bowlby, 1988, p. 42).

El principal eje de la teoría del apego radica en comprender que un individuo desde que nace requiere desarrollar una relación con un cuidador primario; tiene como finalidad que su desarrollo social y emocional sea adecuado; es decir que el establecimiento del primer vínculo afectivo fundamenta la seguridad del niño y su futura seguridad de adulto, entonces delimita las relaciones entre los individuos (Bowlby, 1986).

Por otra parte, siguiendo todos los apartados de la angustia de separación planteada por Freud, Bowlby manifiesta:

En 1964, Schaffer y Emerson, escoceses investigadores, observaron a 60 bebés y sus familias durante los dos primeros años de vida; los resultados revelaron que establecían un tipo de vínculo con sus padres, el cual dependía principalmente de la sensibilidad y capacidad de la respuesta del adulto en consideración a las necesidades del bebé (Schaffer y Emerson, 1964 citado en Oliva, 2004, p. 66).

Por otra parte, Mary Ainsworth (1967) realizó un análisis de la información que había recopilado en sus observaciones de los Ganda en Uganda, así pues, descubrió diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo en el desarrollo del apego; de este modo, delimitó tres patrones que se observaban en el apego: niños que se mostraban felices cuando exploraban en presencia de la madre y lloraban un poco, niños de apego inseguro que lloraban demasiado en brazos de la madre, finalmente niños que no demostraban ningún apego hacia sus madres. Posteriormente, se realizó un trabajo en Baltimore en el cual se confirmaron los datos (Ainsworth , 1967).

En 1970 Ainsworth planteó un diseño experimental, al cual llamo la “Situación del Extraño” con el objetivo de analizar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, en condiciones de alto estrés. La Situación del Extraño es un experimento de laboratorio que tiene veinte minutos de duración con ocho episodios. En primer lugar, la madre y el niño/a ingresan a una sala de juego, acompañados con una persona extraña. La desconocida comienza a jugar con el niño, mientras la madre se va de la habitación, dejando al niño con la persona. La madre retorna a la sala y vuelve a salir con la desconocida, le dejan al niño completamente solo. Por último, la madre y la persona extraña regresan a la habitación.

Como resultados de la hipótesis, Mary Ainsworth descubrió que los niños exploran y juegan en mayor cantidad cuando está presente la madre, va disminuyendo cuando la desconocida interactúa con el niño y aún más cuando la madre se va; como conclusión final del experimento el niño usa a la madre como base segura cuando explora en un lugar desconocido; cuando se percibe una amenaza, se activa el comportamiento de apego y se desvanece el comportamiento exploratorio (Ainsworth y Bell, 1977 citado en Oliva, 2004 ).

Tras las investigaciones sobre la situación extraña, Ainsworth observó la manera en el que el infante organizaba su comportamiento en interacción con su madre, lo que, como consecuencia, dio lugar a los estilos de apego, que son:

- Apego seguro (Tipo B)

El niño/a posee confianza y seguridad para explorar su entorno, apoya al cuidador en diferentes situaciones, se muestra activo en la búsqueda con la figura materna y responde adecuadamente, refleja sentimientos positivos y negativos. El cuidador primario se presenta disponible al niño/a, le brinda contacto al niño cuando llora, su respuesta se muestra simultánea al estado emocional, su capacidad para captar las necesidades del niño es eficaz (Gago, 2014).

- Apego Inseguro

- Huidizo evitativo (Tipo A)

El niño/a evade el contacto o la mirada de la madre, esto provoca que exista un aumento de ansiedad en los padres y en el niño, se muestra indiferente ante la presencia de cualquier individuo, trata de conseguir su propia vida emocional sin el acompañamiento y el amor de los demás, no presenta expresiones de temor, incomodidad o ira ante la separación de su cuidador. El cuidador primario responde sintiéndose amenazado por las señales comunicativas del niño (llorar o sonreír), no maneja adecuadamente la situación, se demuestra con una actitud distante al bebé (Gago, 2014).

- Ansioso ambivalente (Tipo C)

El niño/a está en constante búsqueda de contacto sin embargo rechaza al cuidador con ira, su respuesta es ambigua en la angustia por separación, explorar su entorno le provoca ansiedad; los padres no manifiestan respuesta a los niños, pero no les rechazan, sus cuidados son confusos (Gago, 2014).

- Inseguro desorganizado (Tipo D)

El apego inseguro desorganizado fue introducido por Main y Salomón en 1986. Los investigadores describen como un modelo irracional que se

forma de manera caótica, el niño/a mantiene contacto y se aleja para recibir contacto de un otro; utiliza el proceso de vinculación superficialmente para protegerse y no sentirse vulnerado. Los padres se muestran ineficaces y patológicos al sufrir algún tipo de trauma no elaborado en su infancia (Gago, 2014).

Los niños y niñas con apego inseguro tienen un desequilibrio en las conductas exploratorias o de búsqueda de proximidad (Ainsworth citado por Teague et al., 2017). Así mismo, el apego desorganizado puntualiza una disolución en el patrón del comportamiento del apego, ya que el niño distingue la figura de apego como un espacio seguro y una fuente de miedo (Main citado por Teague et al., 2017, pág. 2).

La calidad del apego de un niño o niña es afectada por el cuidado que experimentan (Bowlby, citado por Teague et al., 2017, p. 2). Es lícito mencionar la importancia de los tipos de apego debido a que permite la mediatización de los mismos. Los niños y niñas con un apego seguro presentan comportamientos de búsqueda de proximidad a los cuidadores primarios y comportamientos exploratorios (Teague et al., 2017).

### **2.2.2 Desarrollo del vínculo de apego en niños neurotípicos**

El vínculo de los niño/as con su cuidador primario nace del contacto y de la proximidad que existe entre ambas partes; es fundamental para la supervivencia del pequeño. En un inicio, Bowlby establece el desarrollo psíquico del niño/a, centrándose en apartados psicoanalíticos en donde abarca la ambivalencia de la psique, la cual juega un conflicto interno entre el odio- amor. Así pues, el niño/a cuando se encuentra en una situación de abandono, ingresa a este conflicto de ira y necesidad (amor) ante la pérdida del objeto amado. Para manejar dicho conflicto es importante el comportamiento de los padres, dándole a entender que no les asusta su miedo y que están seguros que puede ser controlado (Bowlby, 1986).

Es fundamental destacar la importancia de los vínculos de apego, pues según Becerril y Álvarez (2012):

1. El apego es un proceso que tiene como función ser la base de todas las relaciones afectivas que en un futuro el sujeto entablará.
2. El vínculo afectivo fomenta el desarrollo psicomotor del niño y el aprendizaje.
3. Fortalece el desarrollo de la maduración de la autoestima y la conciencia del propio yo, unido al crecimiento exponencial de la personalidad.

Para el cuidado materno el niño contribuye con varios componentes importantes que influyen en la formación de los vínculos, como son: su configuración facial, la percepción ante estímulos externos, sus señales comunicativas y otros comportamientos. En principio, el rostro del bebé es esencial para el cuidado que un otro le va a proporcionar, su fisiología es cara redonda, frente extensa, nariz chata, ojos grandes y barbilla reducida; son características atractivas que otorgan respuestas positivas con el fin de que exista proximidad y atención hacia el individuo indefenso (López y Ortiz , 1999).

Desde sus primeros días de vida, el bebé está en constante percepción de estímulos sociales, dicha exploración le permite captar ciertos objetos externos que son imprescindibles para el reconocimiento de la figura materna, como por ejemplo la visualización de contornos, la intensidad de la luz; el movimiento y los contornos ayudan al reconocimiento del rostro humano; por otro lado está la estimulación auditiva que le permite reconocer inmediatamente la voz humana en comparación con otros sonidos; finalmente el olfato otorga la capacidad de diferenciar el olor de la madre (López y Ortiz , 1999). El lactante a los quince días establece agrupaciones claras del rostro y el olor de su figura materna, a su vez si se llegara a mezclar la voz y olor de su madre con estímulos desconocidos, el niño permanecería intranquilo (López y Ortiz , 1999).

Otro elemento relevante son las señales comunicativas que expresa el niño en su intento por captar la atención de los cuidadores primarios con el objetivo de solicitar que se atiendan sus necesidades básicas. Las principales señales son: el llanto, la sonrisa y las expresiones emocionales. El llanto es una de las primeras manifestaciones que el bebé realiza al nacer, es un llamado de atención sobre alguna situación que le aqueja; hay diferentes tipos de llanto, el llanto de dolor es desorganizado y repentino, mientras que el llanto por frío, incomodidad o hambre es rítmico y aumenta su intensidad progresivamente; por otro lado, si el niño se encuentra cómodo, alimentado y abrigado

pero está solo, su llanto se presenta rítmico, por lo que, se establece a la atención afectiva y a la compañía como una necesidad primaria que promueve la interacción (López y Ortiz , 1999).

La sonrisa en el lactante es un patrón de comportamiento característico del ser humano el cual tiene como función adaptar la conducta de la madre. Así pues, es un componente importante en la organización del desarrollo del niño que ajusta el comportamiento de apego, es decir, es el complejo de comportamiento que conecta al niño con el cuidador primario. Hubo varios investigadores que postularon sobre la sonrisa del lactante, sin embargo, Bowlby comenta “a mí me parece que llorar, mamar y sonreír son algunos de nuestros múltiples patrones prefijados innatamente que representan seguridades proporcionadas por la naturaleza contra un simple abandono a los azares del aprendizaje” (Bowlby, 1986, p. 59).

En un inicio, el niño confronta la realidad a través de la boca; la succión le otorga una importante función de acercamiento y seguridad a su entorno, se le conoce bien como la principal herramienta tranquilizadora en los momentos de ansiedad y desespero (López y Ortiz , 1999). Además, el aferramiento como elemento primordial que se observa en el reflejo prensor y el reflejo moro; en los primeros meses de vida no se localizan dichos reflejos, sin embargo se van desarrollando, el reflejo prensor se encarga de que el bebé cierre la mano al sentir un objeto presente, mientras que el reflejo moro es una reacción de estirar brazos y colocar la cabeza hacia atrás; en el sexto mes se combinan en un aferramiento dirigido que generalmente se da en momentos de alarma (López y Ortiz , 1999).

El vínculo afectivo se forma mediante comportamientos que se otorgan entre el niño/a y el cuidador primario, está presente el juego de dar y recibir, dicha interacción permite que exista una adaptación al ritmo del niño y a la respuesta de la madre. En los primeros meses de vida, el bebé aprende a distinguir una determinada figura que por lo general es la madre, va estableciendo una intensa necesidad de estar en compañía de la misma, a los seis meses está completamente vinculado a la figura materna, como consecuencia está feliz por su compañía y se entristece por su separación. Cuando el bebé tiene un año de vida, no se limita a una sola figura, llegan a adquirir importancia más

personas, como, por ejemplo: el papá, la abuela o la tía, sin embargo, tomará de preferencia a una figura única (Bowlby, 1986).

Los niños resisten la angustia de separación con la madre debido a la sustitución de una figura que en la mayoría de los casos suelen ser los familiares más cercanos. Bowlby en un estudio determinó el proceso de separación del niño/a y su cuidador primario con una base segura, así pues, los resumió en tres etapas: la protesta, desesperación y desapego. La protesta es cuando el niño pide llorando y con ira que regrese su madre (espera que tenga éxito en su pedido), al transcurrir los días, se tranquiliza, pero su mirada demuestra que está preocupado por la ausencia de la madre y sigue deseando que regrese, no obstante, sus esperanzas se acaban. Continúa la fase de desesperación que es la ansiedad que el niño presenta con mucha fuerza; en dicha etapa se alterna la desesperación y la esperanza. Finalmente viene la fase de desapego, el infante olvida a su madre; si es que ella llegara a volver, el comportamiento del niño se tornaría en desinterés y en desconocimiento de la figura (Bowlby, 1986). En todas las etapas el niño tiene un comportamiento destructivo, el cual se traduce a una conducta violenta que está presente en la ira que conlleva internamente.

Algunos investigadores dentro del campo de la teoría del apego, sintetizaron el proceso de desarrollo de vínculos categorizándoles por su edad, Gago (2014) establece:

- **0-6 meses:** se construye y se presenta el reconocimiento de la figura de apego.
- **6 meses-3 años:** empieza a experimentar su entorno y regula el apego mediante la búsqueda de una amenaza, el niño se aleja y explora en fases tranquilas, al llegar a los dos años se origina la internalización del vínculo de apego el cual provoca estabilidad al niño/a y a la familia.
- **3 años en adelante:** se activa el apego, es decir que el cuidador primario se percibe como separado, esto provoca conductas complejas con el fin de evitar la separación.
- **Adolescencia:** se encuentra presente el desapego, duelo y el reaapego. Se produce una acumulación de emociones confusas que es originada por la complejidad del desapego a las figuras paternas. Es el momento que debe

aprender a soportar el duelo de la pérdida, esto ocasiona el reapego a nuevas figuras.

- **Adulthood:** se forma el apego entre pares, es decir, que se manifiesta el apego de iguales.

Una de las razones principales para desarrollar la teoría del apego fue la necesidad de conocer sobre el comportamiento vital en las relaciones interpersonales de los seres humanos en su vida adulta, León (2018) afirma que:

El vínculo emocional entre las personas depende de su capacidad para conectarse y el estilo de la conexión. El apego que se tiene con las personas como compañeros, hijos, hermanos, amigos e incluso los padres, está fuertemente asociado con el apego que se forma en los primeros años de vida, con el cuidador principal (generalmente los padres). De manera similar, los desafíos que se experimentan en las relaciones como adultos están moldeados por los patrones de desafío de los primeros vínculos. Según John Bowlby, el apego es la conexión que un bebé forma con su padre para garantizar que se cumplan sus necesidades básicas de seguridad, comodidad, cuidado y placer. Describió este apego como "conexión psicológica duradera entre los seres humanos". Bowlby creía que el estilo de la relación entre el padre (principalmente la madre) y el niño en este período crítico del desarrollo del bebé se convierte en un modelo para las relaciones posteriores (León, 2018, p. 2).

### **2.2.3 El desarrollo de los vínculos de apego en el autismo**

El desarrollar vínculos afectivos en los seres humanos, implica una importante y vital relación social. Considerando las características del autismo, se plantea que según Teague, los niños y niñas con deficiencias en las interacciones sociales recíprocas pueden ser más lentos para desarrollar vínculos seguros ya que se considera que la relación niño o niña con su cuidador es una transacción bidireccional (Teague et al., 2017). Generar vínculos con niños o niñas con autismo dependerá, no solo del grado de severidad de su condición, sino también de cómo es visto y posicionado frente a sus cuidadores y el trabajador de la salud.

En los primeros meses de vida se pueden observar algunas características del autismo como son: la poca interacción lúdica, falta de respuesta a la sonrisa de los cuidadores, carencia de balbuceo, la mirada periférica y no dirigida, entre otros (Larbán, 2012, citado en Díaz y Nóblega, 2021). Es primordial mencionar que el periodo sensible para el establecimiento de los vínculos de apego es entre los seis meses a dos años de edad en los niños autistas y sus cuidadores primarios (Perry y Flood, 2016 citado en Díaz y Nóblega, 2021). Los síntomas del autismo pueden provocar que el establecimiento de vínculos afectivos sea más tardío.

Inicialmente, las características del autismo aportaban al mito de la nula formación de vínculo en los niños con TEA. Una de las principales investigaciones clínicas, mostró la inexistencia de conductas que indiquen apego, es decir, de búsqueda de proximidad hacia su cuidador primario (Kanner, 1943). Por otro lado, se demuestra que existen investigaciones con la Situación Extraña aplicada en niños autistas, cuyos resultados mostraron que suelen inclinarse más hacia su cuidador primario que a un desconocido y se revelaron cambios visibles en el comportamiento de los niños (Lord, 1993 citado en Cherro y Trenchi, 2007). Es inevitable no tomar en cuenta el comportamiento de los padres ante la interacción con el niño autista.

En una investigación sobre la sensibilidad de los cuidadores y seguridad del apego en niños con autismo, se examinó la relación entre estos dos constructos y se determinó lo siguiente:

Con respecto al objetivo de este estudio, explorar la asociación entre sensibilidad de las figuras cuidadoras y seguridad del apego de los niños con TEA, se encontró que ambas variables estaban asociadas entre sí y que entre ellas se presentan correlaciones significativas. También se halló que la sensibilidad del cuidado tenía un valor predictor sobre la seguridad del apego de los niños con autismo. Además, las correlaciones registradas entre las dimensiones de la sensibilidad y las de la seguridad ratifican que la conducta sensible estimula la presencia de conductas de base segura en los niños participantes (Díaz y Nóblega, 2021, p. 18).

Los resultados muestran que los cuidadores primarios adquirieron habilidades con el fin de conectar y crear vínculos afectivos; así pues, los participantes muestran la capacidad de reconocer e interpretar los comportamientos de los niño/as con autismo, son adaptables a las necesidades que requieren sus niño/as (Díaz y Nóbrega, 2021). Es evidente la contrucción profunda y la adecuación del ambiente para el establecimiento de comunicación e interacción con los infantes por parte de los cuidadores.

En una revisión sistemática sobre el autismo y los vínculos afectivos, se trata de resumir los hallazgos de las investigaciones realizadas en torno a estas dos variables (Teague et al., 2017). En los resultados se encuentra que los estudios presentan productos difusos: las conductas de los cuidadores primarios prosperan, no obstante, la respuesta de base segura de los niños con autismo no es determinante. Los autores concluyen que el apego es un agente definitivo que permite un equilibrio en el abordaje para niños con TEA, su base se rige en intervenir las dificultades emocionales y en la conducta infantil; en varios estudios se demuestra la efectividad de intervenciones con la teoría de apego, las cuales se basan en la sensibilidad de la figura materna y seguridad de los niños, tratan de afrontar las dificultades sociales y comunicativas que afectan al sistema de apego (Teague et.al., 2017).

Por otra parte, se realizó una investigación con el modelo de la Situación Extraña; los niños con autismo fueron clasificados en un apego desorganizado (Capps et al. 1994 citado en Redondo, 2018). Las características del autismo como la falta de interacción social, la evitación, la inadecuada intersubjetividad, entre otros, provocan que la dificultad para establecer vínculos sea mayor. (Redondo, 2018). No obstante, se indica que el 53% de los niños con TEA instauran un apego seguro con sus figuras paternas (Rutgers, et.al., 2004 citado en Teague et.al., 2017). Finalmente, se determina la existencia de la formación de vínculos de apego seguro en los niños con TEA, es decir, pueden crear relaciones afectivas de un modo diferente con sus cuidadores primarios, por lo que se debe acompañarlos y apoyarlos en su desarrollo.

Es importante mencionar la respuesta de los padres o cuidadores primarios cuando el niño/a es diagnosticado con autismo, pues hay varios sentimientos encontrados que juegan un papel primordial, como por ejemplo el sentimiento de culpa, que puede ser consciente o inconsciente, trae consigo actos sacrificiales que en su momento se entienden

como la posible “solución” (Kaufmann, 2014). El elemento que comparten ambas partes, es la soledad, debido a que carecen de las representaciones de pensamiento y emociones a nivel afectivo y físico (Kaufmann, 2014). Es común en el desarrollo del vínculo encontrar la demanda del niño y como resultado el cuidado de los padres; en el autismo no se presenta la petición lo que dificulta la interacción.

Al ser el autismo un trastorno en el que se presentan dificultades socioemocionales, existe necesidades a nivel vincular, la subjetividad otorgada a los niveles de severidad está relacionada con la percepción del trastorno por parte de los cuidadores primarios de la persona que presenta este trastorno (Garrabé de Lara, 2012). 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 (APA, 1980, citado en Teague et al., 2017; Rutter, 1978 citado en Beckwith et al., 2002). Sin embargo, posteriormente se mostró que estos niños sí establecen un vínculo de apego significativo con su figura de referencia, pues reaccionan distintivamente ante su partida. A su vez, tienden a interactuar más con su figura de apego que con un desconocido (Shapiro et al., 1987 citado en Capss et al, 1994).

El psiquismo de la madre y del niño/a están conectados desde el embarazo, se trasmite el sufrimiento o felicidad dependiendo del estado de ánimo de la madre, posteriormente, en el parto el trauma que se adquiere es tan fuerte que lo comparte con el niño/a. Es importante detectar el autismo, debido a que el niño/a en el trauma no comparte el dolor con la madre, como consecuencia, se vuelve complicada la elaboración de dichos traumas, comienza a acumularse el dolor psíquico poco a poco. Larbán (2012) afirma que:

Hay que tener en cuenta que, con sus mecanismos de defensa autísticos, el hijo no evita o rechaza a la madre, sino el sufrimiento que vive en la interacción con ella. Esta forma de ver la situación descrita es muy importante ya que, frecuentemente, la madre, ya de por sí afectada e incluso a veces herida por las vivencias traumáticas sufridas, interpreta la evitación y rechazo de la comunicación por parte de su hijo como un rechazo hacia ella. Esta forma de interpretar lo que pasa entre ella y su hijo, aumenta su herida narcisista y genera un precoz, profundo y

doloroso malentendido que cada vez se hace mayor, así como frecuentes y temidos desencuentros frustrantes y repetitivos entre la madre y su bebé (Larbán, 2012, p. 52).

En algunos casos, la intersubjetividad juega un papel importante en la formación de vínculos afectivos, se relaciona como productora de la subjetividad (Kaufmann, 2014), para comprender este elemento, se debe definir a la intersubjetividad, es la encargada de la interacción entre los pensamientos y las emociones con un otro mediante la comunicación. En niños con TEA suele suceder que el cuidador primario se identifica con el aislamiento social por una herida narcisista debido a la falta de requerimientos del niño, por lo que se torna distante; desde ese lugar no puede responder a las necesidades, deseos y afectos en el niño, como resultado se les complica la construcción de procesos pulsionales que son los encargados de registrar la parentalidad en los padres (Kaufmann, 2014).

En conclusión, los niños autistas tienen una manera diferente de observar el mundo, es una forma única, tratar de comprender sus sentimientos y pensamientos requiere de un mayor esfuerzo por parte de los padres. Los cuidadores primarios deben renunciar al ideal de un hijo “sano”, lo que les permitirá continuar con su proceso de duelo, desde ese punto se logrará crear una base para la formación de vínculos y crear la subjetividad en el adulto para transmitir la intersubjetividad.

#### **2.2.4 El establecimiento de relaciones vinculares con profesionales de la salud**

Los profesionales de la salud se clasifican en diversos ámbitos, no obstante, todos se enfocan en el cuidado y cercanía hacia el paciente. Inicialmente, en la medicina tradicional se creía que uno de los principios básicos era la presencia de objetividad hacia el individuo, es decir, la frialdad y la distancia como fundamento básico para que las emociones no comprometieran la intervención (Mucci, 2008). La discusión parte del significado del bienestar que se le debe brindar al paciente, entendiendo al bienestar como estado de la persona que se encuentra bien física y mentalmente. Así pues, el modelo se basa en mirar al médico como un individuo que tiene conocimiento absoluto del estado físico. Algunos autores recalcan dicha evidencia:

La relación, tradicionalmente considerada asimétrica, responde al modelo biomédico basado en dos conjeturas: el médico sabe y hace lo mejor para el paciente; el enfermo se somete a su voluntad, obedece sus indicaciones y asume un rol pasivo, dependiente, silencioso, padeciente y sufriente. ¿Qué promueve la asimetría? Las características vinculares, los desarrollos de la medicina y la tecnociencia, los recursos diagnósticos y terapéuticos que incrementan y acentúan la distancia entre ambos (Mucci, 2008, p.66).

El ingreso de la Psicología al campo de la salud provoca varios cambios a nivel profesional debido a que a mediados del siglo XX se instauran normativas respecto a la “ética de la beneficencia”, es decir, se incorporan enfoques biopsicosociales que reflexionan sobre los factores que afectan al paciente y al médico, además se agregaron elementos importantes para la práctica clínica como son: derecho a participar, a la información, al consentimiento y a la confidencialidad. Dichos cambios fueron fundamentales para el campo de la salud debido a que se transformaron varias perspectivas; como resultado, se dio un acercamiento más cercano (Mucci, 2008).

La relación médico-paciente se establece mediante dos ejes, los humanos y los técnicos. Las técnicas se constituyen mediante el “paciente objeto”, mientras que las humanas abordan a la persona enferma y el médico comienza a observar la subjetividad y el vínculo que presenta varias aristas (Mucci, 2008). La dinámica se torna entre el enfermo y el profesional capacitado para acudir, aliviar o curar, cuidar; si bien es cierto, se maneja para eliminar el malestar y dar una atención adecuada al paciente. Es impresionante las características similares a la formación de un vínculo afectivo en la infancia pues, el paciente al igual que el niño demanda que sean cumplidas sus necesidades, mientras que el profesional de la salud y los padres acuden o asisten con los cuidados pertinentes.

Los vínculos son estructuras que se construyen a lo largo del tiempo, la interacción constante será fundamento vital para la consolidación del mismo, esto implicará una mayor complejidad en la relación (FAM, 2018). De ese modo es concebido el vínculo entre el profesional de la salud y el paciente que requiere ser atendido; el personal de salud esta conformado por todos los profesionales y trabajadores que dan asistencia, promueven la prevención y promoción de la salud (FAM, 2018).

La enfermedad está conformada por un sufrimiento totalitario, es decir, el dolor no solo permanece en un órgano específico, así pues, se liberan conductas que están regidas por las emociones las cuales no tienen representación, se desarrolla un sufrimiento interno que afecta a la identidad, a la autoestima, se desintegra todos los procesos psíquicos previamente elaborados a lo largo de su vida debido a que hay cambios internos y externos (FAM, 2018).

Uno de los elementos que el ser humano utiliza es la comunicación verbal y no verbal, cuando la enfermedad comienza, el paciente consulta al profesional de la salud, a quien le comunica su dolencia; la relación se torna asimétrica (médico-paciente), el profesional de la salud es el que posee el saber, mientras que el paciente posee la dolencia (FAM, 2018). La dinámica se forma con la información que el paciente brinda, el médico interpreta y algunas conductas benefician la creación del un vínculo positivo que va a favorecer a la aceptación o rechazo de la enfermedad. Según FAM (2018), el modo vincular se asocia con:

- El diálogo,
- brindar información según el paciente lo vaya solicitando,
- verificar si el paciente comprendió el mensaje del profesional,
- dar una información ordenada según se vayan desarrollando los hechos,
- resaltar y reiterar lo importante,
- ofrecer un espacio para preguntas,
- utilizar un lenguaje claro y adaptado al paciente,
- tener una conducta ética,
- respetar la autonomía y la confidencialidad,
- una escucha empática, sentir que el médico lo acompaña y lo comprende,
- la confianza en el médico,
- la tolerancia del médico favorece la construcción de una alianza terapéutica.

La asimetría en la relación médico-paciente es un concepto que se rige a la idea de que cada uno aporta desde un lugar diferente. Hay ciertos aspectos que se debe tomar en cuenta para la construcción del vínculo, FAM afirma que son:

- Poder dialogar con la persona más que con la enfermedad, escuchando su dolor psíquico y físico,

- que el contacto humano ocupe un lugar primordial,
- adquirir mayor sensibilidad ante el proceso,
- que esté involucrado en el vínculo y respete al paciente en sus decisiones cualesquiera que éstas fueran,
- que pueda entender que esa enfermedad está ligada a una historia del sujeto,
- que la angustia a lo desconocido es un enemigo ante la recuperación y saber que ese buen vínculo es la mejor medicina para el paciente.

El vínculo en la intervención clínica es fortalecido con la dinámica entre el paciente-familia-profesional, por lo cual hay ciertos factores que hay que tomar en cuenta como: dar el diagnóstico al paciente, proponer un tratamiento e informar el pronóstico presuntivo. FAM (2018) afirma que se debe considerar ciertos aspectos relevantes para informar el proceso al paciente y familiares como son:

- nivel de instrucción del paciente y la familia;
- lenguaje, modismos propios de cada cultura y subcultura;
- funciones superiores, atención, memoria, concentración, capacidad de abstracción, capacidad de formular síntesis y formular conclusiones;
- trastornos afectivos si hay problemas psiquiátricos;
- mecanismos de defensa;
- concepciones culturales y religiosas acerca de salud y enfermedad;
- creencia en la ciencia.

Para el paciente y los familiares obtener un conocimiento certero sobre el diagnóstico, reducirá su angustia e incertidumbre, sin embargo, se encontrarán con un dolor emocional que involucra la separación de su cuerpo sano; esto produce un malestar que será transmitido a su sistema fisiológico, así pues, debe existir un acompañamiento terapéutico adecuado, es recomendable otorgar un tiempo para digerir la información (FAM, 2018). Para el profesional de la salud, diagnosticar una enfermedad o trastorno implica una intervención que tenga como base la empatía y la comunicación asertiva. Foucault menciona que: “El individuo no es más que el accidente de la enfermedad y cuando el saber médico se apoya sólo en la enfermedad, pierde de vista sobre quién se apoya y aísla enfermo de enfermedad” (Foucault, 1961, p. 46).

Por tales razones, es importante mencionar que se debe trabajar en el establecimiento de vínculos; uno de los elementos que beneficiará en la construcción de dichos vínculos es la comunicación asertiva con el paciente, es innegable para cualquier profesión de la salud, ya que es una herramienta indispensable para el trabajo en consulta. Según Hernández et., (2006), las características en la comunicación entre el profesional de la salud y paciente son:

- La identificación de los aspectos de que más le llamen la atención al paciente, el profesional de la salud debe mostrar interés por las cosas que le gustan.
- Utilizar palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad,
- Sugiera al paciente y a familiares pero que le permita ser los que decidan.
- Dar la apertura para que comenten sus puntos de vista y que el profesional de la salud considere su opinión acerca de la intervención.

La mayor necesidad del paciente es ser comprendido y conocido por el profesional de la salud; esto requiere que el médico tenga o adquiera ciertas cualidades como son: conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, manifestar empatía y preocupación por sus pacientes; Dichas cualidades han sido muy valoradas y apreciadas por los pacientes (Hernández et., 2006).

El profesional de la salud no solo debe observar su campo de área sino también las dimensiones psicológicas y sociales, esto le obliga a inmiscuirse en los aspectos afectivos del paciente, por lo que requiere incorporar empatía, disposición para realizar un equipo multidisciplinario y estar dispuesto a transmitir la información con mucha paciencia (Hernández et., 2006).

Hernández et., (2006), afirma cuál es la importancia de la comunicación en consulta:

La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, deber emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad. En estos tiempos de globalización, la medicina no escapa a tal fenómeno, por lo que, entre otros aspectos, se debe tratar

de vincular la formación del Médico familiar con los problemas que demanda la sociedad, de tal forma que se pueda dotar a este profesionista con un potencial en habilidades comunicativas que le permitan contender más eficientemente con la problemática que le plantea su profesión en los escenarios reales, complejos y dinámicos (Hernández et., 2006, p. 138).

Finalmente, es importante comprender la relación vincular y profesional que debe crear el personal de salud con el paciente autista, debido a que el principal tratamiento para el trastorno es otorgar un entorno adecuado en cada uno de las áreas: familiar, académica, de salud, entre otras. Por esa razón, la presente investigación tiene como objetivo la identificación de necesidades, dificultades y limitaciones que presentan los profesionales de la salud ante el tratamiento de pacientes con trastorno del espectro autista.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Fase diagnóstica**

##### **3.1.1 Metodología**

Para el desarrollo del presente proyecto se utilizará una metodología de trabajo cualitativa tanto para la fase de recopilación de información como para la fase

diagnóstica del proyecto y construcción de la guía. Esta metodología nos permite puntualizar los elementos que se consideran subjetivos tanto del autismo como de la teoría del apego. Además, el proyecto está planteado de manera transversal ya que el estudio se limita a un momento en el tiempo, sin embargo, se establece como una herramienta que puede evolucionar.

### **3.1.2 Participantes**

Las personas entrevistadas fueron diez en total, especialistas en varios campos de la salud como: Fisioterapia, Terapia de Lenguaje, Psicología Clínica, Trabajo social, Pediatría, Psiquiatría, Odontología y Psicorehabilitación. Participaron dos hombres y ocho mujeres, con edades en el rango entre 25-65 años, residentes en la ciudad de Quito, Latacunga, Cayambe y Chaco (provincia de Napo). Su práctica clínica la realizan en consulta pública y privada. Todos los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia y de manera intencional, puesto que su condición era apropiada para participar en el estudio. Cada uno de ellos fue contactado mediante mensajes de texto; una vez que aceptaron la invitación, se agendó la entrevista de acuerdo con las posibilidades de los participantes, de manera virtual o presencial. En primer lugar, firmaron un consentimiento informado (Anexo 1) en el cual se les informaba sobre las implicaciones de la entrevista, es decir, que sería grabada para su posterior transcripción y análisis, que tendría una duración aproximada entre 30 y 40 minutos, y que la información personal de cada uno de ellos sería confidencial. Además, se les aplicó una ficha sociodemográfica.

### **3.1.3 Instrumentos**

El instrumento consistió en una entrevista abierta semiestructurada, en donde se presentó el tema de la disertación como antecedente para plantear el objetivo de la entrevista que consistió en recopilar información sobre la clínica del Autismo para poder fundamentar los aspectos teóricos y prácticos de la Guía a realizar, mediante cuestionamientos sobre los TEA y los vínculos afectivos. Se describieron las características de los participantes, pues el instrumento estuvo dirigido a 10 profesionales de la salud que atienden en consulta privada o pública, casos de autismo infantil. La

duración estimada de la entrevista fue de 60 minutos. Para la verificación de datos se recolectó información en una ficha sociodemográfica, con elementos relacionados con la edad, sexo, profesión, lugar de trabajo y experiencia en la atención de niños con autismo.

Antes de la aplicación del instrumento, la entrevista fue sometida a validación por tres jueces expertos en el tema, cuya retroalimentación ayudó para afinar el documento, el cual quedó constituido por ocho preguntas relacionadas con la generación de vínculos entre el profesional de la salud y el paciente con autismo:

| N° | Pregunta  | Temas a tratar de cada pregunta  |
|----|---|--|
| 1  | ¿Cómo realiza usted la recepción y primer acercamiento con personas que presentan espectro autista? | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Características del primer acercamiento con el paciente.</li> </ul>   |
| 2  | ¿Cómo procede usted en la intervención en el caso de personas con espectro autista?                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Características de la comunicación: le habla directamente al paciente, se comunica solo con los padres.</li> <li>- Características del acercamiento en términos de calidez, sensibilidad, respeto.</li> </ul> |
| 3  | ¿Qué dificultades ha encontrado usted en el trabajo con personas con Autismo?                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades, limitaciones, problemáticas que se han experimentado en la atención.</li> <li>- Importancia de redes de apoyo y</li> </ul>  |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   |  | espacios de intervención.   |
| 4 | ¿Cuáles son las técnicas que ha podido emplear y han dado resultado en los casos de personas con espectro autista?                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener en cuenta la especialidad del profesional.</li> <li>- En caso de ser psicólogos preguntar sobre el enfoque terapéutico.</li> </ul>         |
| 5 | ¿De qué manera ha podido usted establecer una relación o vínculo con el paciente con Autismo?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de confort de la interacción</li> <li>- Nivel de colaboración del paciente</li> <li>- Nivel de proximidad (física y emocional)</li> </ul>  |
| 6 | ¿Qué conductas del niño o niña con TEA le han permitido a usted observar que se ha establecido un vínculo positivo entre los dos?                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener en cuenta: contacto visual, sonrisa social, búsqueda de aprobación, características de la conducta de exploración y proximidad.</li> </ul> |
| 7 | ¿Considera usted importante establecer un vínculo positivo con los pacientes con Autismo? ¿Por qué?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener en cuenta la importancia de la generación de un espacio seguro en el trabajo con niños con autismo.</li> </ul>                             |
| 8 | ¿Qué recomendaciones podría dar usted al personal de la salud que trabaja con personas con Autismo para generar un vínculo positivo con los pacientes? | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas, actividades, recursos, sugerencias y recomendaciones para programas</li> </ul>   |

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
|  |  | actuales de salud mental. |
|--|--|---------------------------|

### 3.1.4 Procedimiento

La selección de los participantes se hizo de manera no probabilística de forma intencional y por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: ser trabajadores de la salud y tener experiencia en el trabajo con niño/as autistas desde su propia clínica. Para contactar a los participantes se usaron mensajes de textos o en ciertos casos llamadas telefónicas; una vez que aceptaron la participación se acordó una cita para la entrevista ya sea de forma presencial o virtual, de acuerdo con lo que resultaba conveniente para ellos.

Como primer paso, se les aplicó el consentimiento informado en donde se describe el objetivo del proyecto y de la entrevista; se les explicó que la información proporcionada por ellos iba a ser grabada en audio, analizada y utilizada para la elaboración de la guía; se utilizó una ficha sociodemográfica para recolectar los datos de los participantes tales como: nombres completos, sexo, edad, profesión, lugar de trabajo y experiencia en el trabajo con autismo (años en servicio). Luego de ello se procedió a aplicar la entrevista; se hicieron dos aplicaciones presenciales y ocho virtuales, grabadas en audio y posteriormente transcritas para su análisis. Para analizar los datos se elaboró una matriz en Excel en donde se colocaron las respuestas de los participantes; se establecieron categorías por respuesta, lo que permitió realizar un análisis cualitativo y obtener información valiosa para la elaboración de la guía.

### 3.1.5 Resultado

Para la obtención de resultados se utilizó una matriz en Excel para realizar el análisis cualitativo por pregunta. En esta matriz se transcribieron las respuestas de los profesionales de la salud, posteriormente se establecieron categorías dentro de las respuestas y se identificaron los elementos similares y específicos, lo que permitió obtener conclusiones para cada pregunta. A continuación, se presentan los resultados con su respectivo análisis:

### **1. ¿Cómo realiza usted la recepción y primer acercamiento con personas que presentan espectro autista?**

Por lo regular, la recepción y primer acercamiento de un caso de autismo desde cualquier ámbito de la salud implica una primera entrevista, la cual incluye a los padres o cuidadores de las personas con TEA, especialmente para obtener información sobre el desarrollo físico y psíquico que han tenido hasta ese momento, además, conocer el diagnóstico ya sea este presuntivo o confirmado. En algunos casos, llegan referidos por otros profesionales lo que supone un trabajo multidisciplinario. En cada espacio de intervención se toma en cuenta principalmente al paciente con acciones como llamarlo por su nombre, explicarles el tratamiento y el uso de herramientas. Los profesionales de la salud tratan de interactuar utilizando recursos u objetos que les llamen la atención, buscando contacto visual o algún tipo de respuesta social. El tiempo estimado para que el niño/a reconozca el espacio es importante en el proceso y tomará las sesiones que el mismo paciente requiera.

### **2. ¿Cómo procede usted en la intervención en el caso de personas con espectro autista?**

En primer lugar, de acuerdo a cada especialidad en el campo de la salud, se socializa el diagnóstico con los padres y se les brinda información sobre el proceso a seguir, cada procedimiento se realiza mediante el juego de acuerdo a los gustos del niño/a. Es importante comprender que el profesional se adapta a la dinámica que el niño/a trae al espacio, esto permitirá el desarrollo de la empatía a través de un lenguaje verbal sencillo y lenguaje corporal que transmita comodidad, fomente seguridad y congruencia en el proceso. Se realiza un plan de intervención individual tomando en cuenta ciertos aspectos como: diagnóstico, objetos favoritos del paciente, juegos y actividades lúdicas específicas que le permitan trabajar en la rama que se requiere y observando las limitaciones de las respuestas del niño/a de acuerdo al nivel de severidad que presente.

### **3. ¿Qué dificultades ha encontrado usted en el trabajo con personas con Autismo?**

Para iniciar, es importante aclarar que todos los procesos tienen sus particularidades, sus características y fortalezas, sin embargo, generalmente las

dificultades que se han podido encontrar dependen o no del profesional de la salud, así pues, a continuación, se muestran las siguientes problemáticas:

- Predisposición del terapeuta.
- El tiempo designado para la sesión.
- Adaptar el espacio físico para la comodidad del paciente.
- El sistema de salud como limitante para un proceso continuo y persistente en consultas públicas.
- La disposición de los padres para poder acceder a un proceso de intervención.
- El desconocimiento de los padres sobre el autismo.
- La negación de los padres hacia el diagnóstico inicial de autismo.

**4. ¿Cuáles son las técnicas que ha podido emplear y han dado resultado en los casos de personas con espectro autista?**

Las técnicas empleadas por cada profesional dependen del enfoque que cada uno ha decidido para sus intervenciones, como son:

- Floortime
- Theraplay o terapia del juego
- Los pictogramas
- El psicodrama
- La biodanza
- El uso de anticipadores
- El uso de rutinas sociales
- Agendas visuales
- El manejo con padres dentro del consultorio
- La musicoterapia
- Psicoeducación a los padres
- El uso de refuerzos positivos

**5. ¿De qué manera ha podido usted establecer una relación o vínculo con el paciente con Autismo?**

Para el establecimiento de vínculos positivos con un niño/a autista se pueden determinar las siguientes características:

- La comodidad y la proximidad del paciente hacia el profesional y el espacio.
- La comprensión y empatía hacia el paciente.
- El manejo del lenguaje corporal y verbal.
- Manejar temas de interés.
- Crear turnos de actividades y rutinas.
- Dar contención a los padres o cuidadores primarios.
- Exaltar las virtudes del niño/a.
- Presentarse al niño/a con una voz neutra y agradable.
- Reconocer sus objetos favoritos
- Trabajar con los sentidos del niño/a.

**6. ¿Qué conductas del niño o niña con TEA le han permitido a usted observar que se ha establecido un vínculo positivo entre los dos?**

Las conductas que los profesionales han podido observar generalmente son situaciones donde los niño/as se aproximan de manera física o emocional a las personas que se involucran en la intervención como, por ejemplo:

- Abrazos
- Sonrisas
- Miradas
- Proximidad física
- Saludos y despedidas
- Sentirse cómodos con el proceso que se va a realizar
- Interacción bidireccional en los juegos sociales
- Llamar al profesional por su nombre

**7. ¿Considera usted importante establecer un vínculo positivo con los pacientes con Autismo? ¿Por qué?**

La formación de vínculos positivos es importante dentro de un espacio público o privado debido a que se establece cierto grado de confianza hacia el profesional de la salud, para que se pueda sostener cualquier procedimiento dentro de cada uno de los ámbitos requeridos; esto les permite trabajar en el área en la que se han especializado. El niño/a poco a poco va presentando comodidad y seguridad hacia el espacio construido

con el profesional de la salud, quien paulatinamente establece rutinas y horarios de modo que la adaptación se vaya dando poco a poco. Es beneficioso no solo para el paciente sino para la experiencia profesional, el incluir la teoría del apego como base de los conocimientos y del vínculo que se establece con cada niño/a.

**8. ¿Qué recomendaciones podría dar usted al personal de la salud que trabaja con personas con Autismo para generar un vínculo positivo con los pacientes?**

Las principales recomendaciones para el trabajo con niño/as que presentan autismo son:

- Trabajo multidisciplinario
- Paciencia, empatía y reconocimiento de las limitaciones de cada profesional
- Fomentar la triada (paciente-padres-profesional)
- Utilizar medios didácticos e interactivos
- Psicoeducación hacia la comunidad en general
- Capacitaciones constantes sobre técnicas para la intervención del TEA
- Prevención y promoción de la salud mental en signos de alarma del desarrollo.

## **3.2 Producto**

### **3.2.1 Objetivo del proyecto**

El objetivo del presente proyecto fue diseñar una guía dirigida a trabajadores del área de la salud para el abordaje del autismo desde los elementos fundamentales de la teoría del apego, con la finalidad de fomentar una intervención más integral.

### **3.2.2 Hipótesis o supuestos**

La guía para profesionales de la salud que atienden casos con autismo facilitará la generación de un vínculo positivo entre el paciente y el profesional, lo cual fomentará una intervención más integral.

### **3.2.3 Destinatarios**

La presente investigación está destinada a los profesionales de la salud que atienden niño/as con autismo, de manera que se fomente la generación de vínculos positivos desde el enfoque teórico del apego.

### **3.2.4 Precondiciones**

Para que el presente proyecto y la guía de intervención puedan ser ejecutados se tomó en cuenta las siguientes condiciones:

- Aprobación del tema de disertación por parte de la Facultad de Psicología de la PUCE.
- Aprobación del plan de disertación por parte de la Facultad de Psicología de la PUCE.
- La disponibilidad y la predisposición de los profesionales de la salud para ser parte de esta investigación.

### **3.2.5 Indicadores**

El presente trabajo tiene indicadores fundamentales para la elaboración del mismo, a continuación, se detallan:

- Se realiza una recopilación bibliográfica sobre el tema.
- Se elabora un instrumento de entrevista validado y se aplica a los profesionales de la salud.
- Se estructura la guía con las estrategias que los profesionales de la salud podrán usar.
- Se elabora la guía de estrategias para el abordaje de pacientes con autismo dirigida a los profesionales de la salud.
- Los expertos dan la retroalimentación de la guía de acuerdo a una ficha elaborada por las autoras.

- La guía es socializada por medios digitales para observar la apertura y uso de la misma.
- Los profesionales de la salud comprenden la importancia de la formación de vínculos con sus pacientes.
- Quienes usan la guía integran la teoría del apego como una visión para intervenir en el autismo.
- Los participantes amplían su perspectiva para un adecuado diagnóstico y tratamiento en casos con autismo.
- Los profesionales de la salud emplean la presente guía como herramienta para una intervención del autismo desde la teoría del apego.

### **3.2.6 Fuentes de verificación**

Las fuentes de verificación permitieron la ejecución de un trabajo estructurado, se detallan en la siguiente lista:

- Marco teórico del presente trabajo de titulación.
- Las entrevistas aplicadas a los profesionales de la salud.
- Los profesionales conocen la importancia de los vínculos afectivos desde la teoría del apego en las respuestas recopiladas de la entrevista.
- Matriz de análisis de las respuestas elaborado por las autoras.
- Guía elaborada, la cual consta al final del trabajo de titulación.
- Registro de validación de expertos en el archivo personal de las autoras tanto de la entrevista como de la guía.
- Socialización de la guía en los medios digitales.
- Registro de socialización de la guía en medios digitales, que consta en el archivo personal de las autoras.
- Registro personal de las autoras en las computadoras personales.

### **3.2.7 Medios o insumos**

Los insumos que se utilizaron para el presente proyecto, se encuentran detallados a continuación:

- ✓ Los recursos humanos utilizados fueron:
  - Los profesionales de la salud que participaron en las entrevistas del presente trabajo.
- ✓ Los recursos físicos fueron:
  - Computadoras personales
  - Material bibliográfico
  - Plataforma zoom
  - El programa genially
  - El teléfono celular
  - La grabadora
  - Documentos de Google
  - Documentos de Word y Excel

### 3.2.8 Matriz de Marco lógico

| Resumen narrativo  | Indicadores   | Medios de verificación  | Supuestos  |
|--|---|---|--|
| <p>F1. Establecer la importancia sobre los vínculos afectivos en la clínica pública o privada.</p> <p>F2. Fomentar una intervención desde enfoques teóricos no convencionales, es decir, la teoría del apego.</p> <p>F3. Ampliar la visión clínica de los profesionales de la salud para un diagnóstico e intervención temprana.</p> | <p>F1.1 Los profesionales de la salud comprenden la importancia de la formación de vínculos con sus pacientes.</p> <p>F2.1 Quienes usan la guía integran la teoría del apego como una visión para intervenir en el autismo.</p> <p>F3.1 Los participantes amplían su perspectiva para un adecuado diagnóstico y tratamiento en casos con autismo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las entrevistas aplicadas a los profesionales de la salud.</li> <li>- Si se quisiera hacer una encuesta a los cuidadores de los niños con autismo que han sido atendidos por profesionales de la salud que han utilizado esta guía habría un alto nivel de satisfacción.</li> <li>- Los profesionales conocen la importancia de los vínculos afectivos desde la teoría del apego.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La relevancia de los vínculos afectivos que se va a tener en la intervención.</li> <li>- Los profesionales de la salud utilizan los planteamientos de la guía para mejorar la salud integral de los pacientes con autismo.</li> <li>- La extensión que el desarrollo de esta visión pueda tener.</li> </ul> |
| <p>P. Dotar a los profesionales de la salud de una guía de práctica clínica para el abordaje del autismo desde los elementos fundamentales de la teoría del apego, con la finalidad de fomentar una intervención más integral.</p>   | <p>P.1 Los profesionales de la salud emplean la guía como herramienta para una intervención del autismo desde la teoría del apego.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía elaborada, la cual consta al final del trabajo de titulación.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El uso de la guía en otros espacios, no exclusivamente en salud.</li> </ul>   |

---

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <p>C1. Desarrollo de la guía de práctica clínica para la intervención de niño/as autistas.</p> <p>C2. Validación de la guía por parte de expertos.</p> <p>C3. Socialización de la guía de práctica clínica usando medios digitales.</p> | <p><b>C1.1</b> Se elabora la guía de estrategias para el abordaje de pacientes con autismo por parte de los profesionales de la salud.</p> <p>C2.1 Los expertos dan la retroalimentación de la guía de acuerdo a una ficha elaborada por las autoras.</p> <p>C3.1 La guía es socializada por medios digitales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La guía consta al final del trabajo.</li> <li>- Registro de validación de expertos en el archivo personal de las autoras.</li> <li>- Registro de socialización en el archivo personal de las autoras.</li> <li>- La guía en medios digitales.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El criterio subjetivo que se tenga sobre el posible uso de la guía en la intervención.</li> <li>- El uso de la guía por parte de los profesionales de la salud en medios digitales.</li> </ul> |
|---|--|---|---|

---

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p>A1. Consulta bibliográfica sobre el autismo y el apego.</p> <p>A2. Entrevista a profesionales de la salud para obtener información.</p> <p>A3. Búsqueda de información sobre estrategias que podrían ser usadas por los profesionales de la salud.</p> | <p>A1.1 Se realiza una recopilación bibliográfica sobre el tema.</p> <p>A2.1 Se elabora un instrumento de entrevista validado y se aplica a los profesionales de la salud.</p> <p>A3.1 Se estructura la guía con las estrategias que los profesionales de la salud podrán usar.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marco teórico del presente trabajo de titulación.</li> <li>- Matriz de información recopilada por las autoras.</li> <li>- Registro personal de las autoras en la computadora.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales de la salud utilizan los planteamientos de la guía para mejorar la salud integral de los pacientes con autismo.</li> </ul> |
|---|---|---|---|

---

### 3.2.9 Descripción del producto

En el presente proyecto se desarrolla los elementos principales para la intervención desde el enfoque de la teoría del apego para los niño/as con autismo, tiene como base principal el marco teórico expuesto anteriormente, además de la entrevista aplicada a los profesionales de la salud. Sobre la base de los resultados encontrados, se realizó la matriz lógica para la elaboración de la guía de práctica clínica, dicho producto ha sido realizado en el programa interactivo genialy el cual se encuentra en el anexo 3.

Así pues, se consideró los datos recopilados y la información investigada para la construcción del producto que implica las siguientes secciones:

- **Introducción:** se describe la importancia de la guía de práctica clínica con un enfoque integral desde la teoría del apego, su relación con la formación de vínculos de apego dentro de la consulta para mejorar la intervención clínica.
- **Autismo:** se colocan las características diagnósticas del TEA teniendo en cuenta como base referencial el DSM-5, se describen sus grados de severidad.
- **Apego:** se detalla la definición de la teoría del apego y sus componentes básicos, la importancia de la formación de los vínculos afectivos, los tipos de apego y cada una de sus características.
- **Vínculos en el TEA:** se identifica las razones primordiales para la creación de vínculos afectivos en niño/as con autismo, las características de los mismos, se describe que el proceso de desarrollo de vínculos en el autismo es existente pero tardío.
- **Signos de alarma:** se encuentran los indicadores físicos y psíquicos en el desarrollo de los niño/a con TEA, son las banderas rojas que hay que tomar en cuenta para obtener un diagnóstico presuntivo.

- Recepción y acercamiento: son pasos a seguir para el primer acercamiento en el caso de un paciente con autismo, en base a los lineamientos de la teoría del apego.
- Hitos del desarrollo neurotípico: se describen por edades las características principales que se puede encontrar en un niño/a neurotípico como referencia para el desarrollo físico y psíquico.
- Técnicas y prácticas clínicas: se desarrolla cada una de las técnicas a considerar para el abordaje del autismo en niño/as:
  - El establecimiento de vínculos con el paciente: se toma en cuenta como técnica debido a que apoya en el trabajo con niño/as autistas. Se detalla los aspectos principales para la aplicación de la misma.
  - Theraplay: se describe la definición del enfoque de terapia vincular, la importancia en la intervención y los pasos básicos a seguir para el desarrollo del mismo.
  - Pictogramas: se define cada uno de los factores importantes para el uso del mismo. Existe un ejemplo descriptivo para el utilizarlo en consulta.
  - Floortime o juego circular: se establece la definición exacta del juego con los componentes principales y los pasos a seguir para el abordaje de pacientes con TEA.
  - Arteterapia: se describe como una técnica fundamental para la expresión de emociones y sus funciones como: terapia no verbal, uso de proyección y catártico.
  - Musicoterapia: se encuentra la definición de la técnica y los pasos a considerar sobre la intervención de la misma.
  - Uso de anticipadores: se describe como una técnica visual el cual brinda apoyo a los niños con autismo.
  - Glosario de términos: se colocaron todos los conceptos primordiales que se encontraron en la guía.
  - Bibliografía: se colocó todas las referencias recopiladas e investigadas para la guía de práctica clínica

La guía de práctica clínica debe de ser de gran utilidad para los profesionales de la salud que desconocen sobre el tema y quieren iniciar a tratar casos con autismo practicando el enfoque teórico del apego.

### 3.2.10 Presupuesto

A continuación, se presentan los valores invertidos para la realización del producto final:

| <b>Actividad</b>                      | <b>Detalle</b>  | <b>Costo</b> |
|---------------------------------------|---|--------------|
| Diseño de la guía de práctica clínica | Diseño gráfico y edición de la guía de práctica clínica | 100\$        |
|                                       | Impresión del producto final                            | 20\$         |
| <b>TOTAL</b>                          |   | <b>120\$</b> |

### 3.2.11 Sostenibilidad

La guía de práctica clínica será una herramienta fundamental para el uso en intervenciones desde cualquier ámbito de la salud para los pacientes autistas ya sea en consulta pública o privada. Así pues, permitirá que los profesionales que recién inician en el área del autismo tengan un previo conocimiento sobre el acercamiento, las implicaciones de la condición y el tratamiento que cada niño/a podría requerir. La sostenibilidad de este producto incluye el uso y la socialización continua de los profesionales de la salud.

Cabe mencionar que la guía de práctica clínica presenta indicadores puntuales y representativos para el diagnóstico e intervención del autismo, además, la guía puede ser utilizada para la concientización y aplicación de la importancia de establecer vínculos afectivos positivos con los pacientes que presentan TEA.

Por otro lado, la guía de práctica clínica, producto de la presente disertación, se encontrará en los medios digitales y en el repositorio digital de la PUCE, por lo que será accesible al público y se sostendrá a través del tiempo.

### **3.2.12 Evaluación**

El presente producto ha sido previamente validado por el juicio de tres expertos que tienen conocimiento sobre el tema del autismo o de la teoría del apego antes de su presentación en el presente trabajo y de su difusión por medios digitales. De este modo existe una adecuada evaluación de la guía de práctica clínica para su posterior uso por parte de los profesionales de la salud.

Para la evaluación del producto se utilizó una ficha que fue elaborada por las autoras y dirigida a los profesionales expertos que participaron en el proceso de validación.

## 3.2.13 Cronograma

| ACTIVIDADES   | MARZO |   |   |   | ABRIL |   |   |   | MAYO |   |   |   | JUNIO |   |   |   | JULIO |   |   |   |
|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|
|   | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 |
| Consulta bibliográfica sobre el autismo y la teoría del Apego |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |
| Elaboración de la guía de entrevista                          |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |
| Validación de la guía de entrevista                           |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |
| Aplicación de la entrevista                                   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |
| Recopilación de datos   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |
| Elaboración de la matriz cualitativa                          |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |
| Análisis de datos   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |
| Diseño de la guía de práctica clínica                         |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |



## BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth , M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Ainsworth , M., Blehar, M., Waters , E., y Wall, S. (1978/2015). *Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Bulgay : Psychology Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Berrecil, E., & Álvarez, L. (2012). *La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida: Vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia* . Tesis de pregrado .  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/865/BecerrilRodriguezE.pdf>
- Bowlby, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*. Geneva : World Health Organization.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós Psicología Profunda.
- Centro de Control y Prevención de Enfermedades. (2018). CDC. [https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p\\_prevalencia-autismo\\_042618.html](https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_prevalencia-autismo_042618.html)
- Cherro, M., y Trenchi, N. (2007). *Fundacion orienta. El apego y la familia de los niños con Trastorno del Espectro Autista*. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Cherro-Miguel-9.pdf>
- De Lara, G. J. (2012). *El Autismo, Historia y Clasificaciones*. *Salud Mental*, 35, 257-261. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223340010>
- Díaz Mosquera, E., y Nóbrega, M. (2021). *Sensibilidad de los cuidadores y seguridad del apego en preescolares ecuatorianos con TEA*. *Revista de Psicología (UNLP)*, 2-23. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe096>
- FAM. (2018). *La importancia del vínculo entre equipo profesional, paciente, familia en el proceso de la enfermedad*. *Yo opino*, 164-168.

<http://www.mieloma.org.ar/wp-content/uploads/2018/09/06-La-importancia-vinculo-equipo-profesional-paciente-familia-proceso-enfermedad.pdf>

Fernandez, A. (2016). El mundo del autismo. Revista internacional de audición y lenguaje, logopedia, apoyo a la integración y multiculturalidad., II (2), 132-139.

<https://riai.jimdofree.com/>

Foucault, M. (1961). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.

[http://www.medicinayarte.com/img/foucault\\_enfermedad\\_mental\\_personalidad.pdf](http://www.medicinayarte.com/img/foucault_enfermedad_mental_personalidad.pdf)

Gago, J. (2014). Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. Teoría del Apego.

<https://adultosmayores.unr.edu.ar/wpcontent/uploads/2020/05/Teor%C3%ADa-del-apego.-El-v%C3%ADnculo.-J.-Gago-2014.pdf>

Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M. A., Irigoyen-Coria, A., & Hernández-

Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en medicina familiar*, 8(2), 137-144.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf>

Izurieta, A. (2017). *La experiencia de padres de niños con trastorno del espectro autista que recibieron Terapia DIR/Floortime*. Tesis de pregrado .

<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6425/1/130886.pdf>

Jara, M. d. (2019). *Comorbilidades clínicas en niños y niñas autistas diagnosticadas en el año 2015 en Quito y Guayaquil* . Tesis de pregrado .

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16460/Jara%20C%2c%b3rdova%2c%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kanner, L. (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. Revista española de discapacidad intelectual Siglo Cero,36, 1-35.

<http://bloguamx.byethost10.com/wp-content/uploads/2015/04/trastornos-autismo-kanner1.pdf>

Kaufmann, L. (2014). La familia atravesada por el autismo de un hijo. Buenos Aires.

Larbán, J. (2012). Vivir con el autismo, una experiencia relacional. España: Octaedro.

- León , Y. (2018). *Teoría del Apego, John Bowlby*.  
[https://www.academia.edu/40207368/Teor%C3%ADa del Apego John Bowlby](https://www.academia.edu/40207368/Teor%C3%ADa_del_Apego_John_Bowlby)
- López Chávez, C., y Larrea Castelo, M. (2017). Autismo en Ecuador: Un grupo social en espera de atención. . *Revista Ecuatoriana de Neurología* , 203-214.  
[http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2631-25812017000200203#:~:text=De%20hecho%2C%20el%2068%2C1,al%20menos%20ocho%20profesionales%20consultados](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812017000200203#:~:text=De%20hecho%2C%20el%2068%2C1,al%20menos%20ocho%20profesionales%20consultados)
- López, E. (2017). *Estudio sobre la influencia de la figura paterna y su relación en el desarrollo del trastorno del espectro autista del hijo desde una visión psicoanalítica* . Tesis de pregrado .  
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14169/Disertaci%C3%B3n%20Estefan%C3%ada%20del%20Carmen%20L.%C3%B3pez%20Alb%C3%A1n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- López , F., y Ortiz , M. (1999). *el fisiopediatric*. El desarrollo del apego durante la infancia.  
<https://efisiopediatric.com/wp-content/uploads/2017/12/El-desarrollo-del-apego-durante-la-infancia.pdf>
- Lorenz, K. (1935). Springer Ling. El compañero en el entorno del ave. Lo específico como momento desencadenante de actitudes sociales.  
<https://doi.org/10.1007/BF01905355>
- Maseda, M. (2013). El autismo y las emociones. La Teoría de la Mente en los niños/as autistas y su afectación dentro del ámbito emocional. Tesis postgrado, UNIVERSIDAD DE BARCELONA, BARCELONA.  
<https://core.ac.uk/reader/18618154>
- Ministerio de Salud Pública, (2017). Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Guía de práctica clínica. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC\\_Trastornos\\_del\\_espectro\\_autista\\_en\\_ninos\\_y\\_adolescentes-1.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Trastornos_del_espectro_autista_en_ninos_y_adolescentes-1.pdf)
- Molero Mañes, R., Sospedra Aguado, R., Sabater Barrocal, Y., y Plá Molero, L. (2011). La importancia de las experiencias tempranas del cuidado afectivo y responsable

- en los menores. *INFAD Revista de Psicología* , 1, 511-519.  
<https://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=349832328052>
- Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida, redescubrimiento a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría* , 65, 265-268.  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062014000300001&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062014000300001&script=sci_arttext)
- Mucci, M. (2008). La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante?. *Psicodebate*, 8, 61-78.  
<https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/417/197>
- Oliva Delgado , A. (2004). ESTADO ACTUAL DE LA TEORÍA DEL APEGO. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del adolescente*, 65-81. ESTADO ACTUAL DE LA TEORÍA DEL APEGO:  
<https://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (1995 / 2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10)*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Redondo, L. (2018). DIFICULTAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS DE APEGOS SEGUROS EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. Tesis de licenciatura, Universidad Pontificia Comillas, Madrid.  
<https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/141300/retrieve>
- Teague, S., Gray, K., Tongue, B., y Newman, L. (2017). *Autism Spectrum Disorders*. 35, 35-60 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2016.12.002>

## ANEXOS

### Anexo 1



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJAN CON NIÑOS CON AUTISMO

##### PARTE I. INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de la investigación:** Abordaje del autismo desde la teoría del apego. Diseño de una guía práctica para los profesionales de la salud, Quito 2022

**Nombres de las Investigadoras:** Doménica Nicole Godoy Jimenéz y Jocelyne Dayana Pazmiño Villavicencio, Carrera de Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Quito.

##### **Introducción:**

Le invitamos a participar en la presente investigación que tiene como objetivo diseñar una guía dirigida a los profesionales de la salud para el abordaje del autismo en relación con la teoría del apego de Bolwby, con la finalidad de que las investigadoras elaboren su disertación de grado como Psicólogas Clínicas. Para ello, en el trabajo escrito se describirá al autismo, sus características, las implicaciones de sus síntomas y su diagnóstico desde un enfoque biopsicosocial. Posteriormente, se abarcará la teoría del apego donde se enfatiza el vínculo que un sujeto puede generar con otro de acuerdo a su condición. Así, en base a la información recopilada se realizará una entrevista a los profesionales de la salud, con la finalidad de obtener datos que faciliten el planteamiento de los lineamientos de la guía, de manera que se responda a las necesidades de observar al autismo desde la perspectiva teórica del apego.

**Objetivo de la investigación:** Diseñar una guía dirigida a trabajadores del área de la salud para el abordaje del autismo desde los elementos fundamentales de la teoría del apego con la finalidad de fomentar una intervención más integral.

**Procedimiento:** Se le invita a participar en una entrevista individual sobre la atención y el manejo de personas con autismo por parte de los profesionales de la salud. La entrevista

será grabada para su posterior análisis, luego de lo cual, la grabación será destruida y no será utilizada para ningún otro fin que no esté contemplado en el objetivo.

**Duración:** La entrevista tendrá una duración de 60 minutos.

**Indicaciones generales:** La participación de cada uno de los entrevistados es voluntaria. No existen riesgos en la participación en la entrevista. Los datos personales de cada participante serán manejados con absoluta confidencialidad y en ninguna parte de la investigación aparecerán los nombres o información personal, sino un código. Como beneficio por su participación, los entrevistados tendrán la posibilidad de recibir la guía que se derive de este trabajo. Si en algún momento el participante desea retirarse del estudio, podrá hacerlo sin que eso conlleve ningún perjuicio para él / ella.

En caso de que requiera más información se puede comunicarse con ..... al celular: ..... o al correo electrónico: .....

Su participación es muy importante para el presente estudio y desde ya agradecemos por su tiempo y disposición.

## **PARTE II: FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, declaro que he leído este consentimiento informado y he comprendido en qué consiste mi participación en la investigación: Abordaje del autismo desde la teoría del apego. Diseño de una guía práctica para los profesionales de la salud, Quito 2022

He comprendido todos los aspectos sobre la investigación como son: procedimiento, duración, participación voluntaria, confidencialidad, beneficios (individual y social), riesgos o molestias, costos, incentivos o recompensas, derecho a retirarse, manejo de resultados y estoy de acuerdo con los mismos.

Confirmando que he hecho preguntas y me han sido respondidas. Además, en caso de tener dudas me puedo comunicar con .....al celular: ..... o al correo electrónico: ..... quien está a cargo de la presente investigación, con la dirección de la Dra. Elena Díaz Mosquera, docente de la Facultad de Psicología de la PUCE, correo [endi@puce.edu.ec](mailto:endi@puce.edu.ec)

Estoy de acuerdo con que se grabe en audio la información que yo provea. Por lo tanto, acepto participar en esta investigación.

|   |  |              |
|---|--|--------------|
| <i>(Nombre del participante)</i>  | <i>(Firma o huella del participante)</i>                               | <i>Fecha</i> |
| <i>(Nombre del investigador que aplica el Consentimiento informado)</i> | <i>(Firma del investigador que aplica el Consentimiento informado)</i> | <i>Fecha</i> |

## Anexo 2

### Guía de entrevista

#### Tema de disertación:

ABORDAJE DEL AUTISMO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO.

DISEÑO DE UNA GUÍA PRÁCTICA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, QUITO 2022

#### Objetivo general:

Diseñar una guía dirigida a trabajadores del área de la salud para el abordaje del autismo desde los elementos fundamentales de la teoría del apego con la finalidad de fomentar una intervención más integral.

#### Objetivo de la entrevista:

Recopilar información sobre las características del acercamiento y la intervención de los profesionales de salud hacia niños con Autismo, con la finalidad de rescatar aspectos teóricos y prácticos de la teoría del Apego para la Guía a realizar, de modo que se contribuya a la generación de vínculos positivos entre los profesionales tratantes y la población con autismo.

#### Participantes:

Dirigido a 10 profesionales de la salud que atienden en consulta privada o pública, casos de autismo infantil.

**Duración aproximada:** 1 hora

#### Datos informativos del participante:

|  |  |                         |                              |
|--|--|-------------------------|------------------------------|
| <b>Nombre</b>                                | Ramiro Vizcaíno                                  | <b>Código</b>           | 593                          |
| <b>Sexo</b>                                  | Masculino  | <b>Edad</b>             | 62 años                      |
| <b>Profesión</b>                             | Odontólogo                                       | <b>Lugar de trabajo</b> | Vizcaíno Centro Odontológico |
| <b>Experiencia en el trabajo con autismo</b> | 36 años de experiencia en el área de odontología |                         |                              |

Preguntas:

1.- ¿Cómo realiza usted la recepción y primer acercamiento con personas que presentan espectro autista?

- Características del primer acercamiento con el paciente.

En primer lugar, acercarme al paciente hasta poder ganarme su confianza y comprensión para que él me pueda entender. En cuanto a mi experiencia, puedo resaltar que este acercamiento se debería realizar en un lapso de 2 a 3 citas.

2.- ¿Cómo procede usted en la intervención en el caso de personas con espectro autista?

- Características de la comunicación: le habla directamente al paciente, se comunica solo con los padres.
- Características del acercamiento en términos de calidez, sensibilidad, respeto.

Hay que informar a los padres cual es el diagnóstico y el procedimiento a efectuar así también como al paciente

3.- ¿Qué dificultades ha encontrado usted en el trabajo con personas con Autismo?

- Dificultades, limitaciones, problemáticas que se han experimentado en la atención.
- Importancia de redes de apoyo y espacios de intervención.

Desde mi experiencia no he tenido ningún contratiempo, salvo pacientes ya tratados tal vez con energía o a la fuerza

4.- ¿Cuáles son las técnicas que ha podido emplear y han dado resultado en los casos de personas con espectro autista?

- Tener en cuenta la especialidad del profesional.
- En caso de ser psicólogos preguntar sobre el enfoque terapéutico.

La técnica que he usado ha sido adentrarme en la confianza del paciente

5.- ¿De qué manera ha podido usted establecer una relación o vínculo con el paciente con Autismo?

- Nivel de confort de la interacción
- Nivel de colaboración del paciente
- Nivel de proximidad (física y emocional)

Haciéndole sentir bien, exaltando sus virtudes, hablándole la verdad y tratando al máximo que no sienta dolor

6.- ¿Qué conductas del niño o niña con TEA le han permitido a usted observar que se ha establecido un vínculo positivo entre los dos?

- Tener en cuenta: contacto visual, sonrisa social, búsqueda de aprobación, características de la conducta de exploración y proximidad.

Cuando sin necesidad de forzar abre la boca, en ciertas situaciones podemos emplear un separador de mordida

7.- ¿Considera usted importante establecer un vínculo positivo con los pacientes con Autismo? ¿Por qué?

- Tener en cuenta la importancia de la generación de un espacio seguro en el trabajo con niños con autismo.

Si pero necesita tiempo y llevar una interconsulta con el psicólogo porque él otro profesional también es el que va directamente a prepararle al paciente a lo que va a ser sometido

8.- ¿Qué recomendaciones podría dar usted al personal de la salud que trabaja con personas con Autismo para generar un vínculo positivo con los pacientes?

-Técnicas, actividades, recursos, sugerencias y recomendaciones para programas actuales de salud mental.

Mi recomendación sería que los centros de salud o consultorios privados deben contar con los profesionales necesarios para cumplir con la atención al paciente y los padres también deben tener la predisposición

## Anexo 3

## Rúbrica para aprobación de la guía de entrevista

| Número | Pregunta  | Tema puntual  | Aprobada | Necesita ajustes | Observaciones |
|--------|---|---|----------|------------------|---------------|
| 1.-    | ¿Cómo realiza usted la recepción de un caso con Autismo?                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primer acercamiento con el paciente.</li> </ul>  |          |                  |               |
| 2.-    | ¿Cómo procede usted en la intervención de un caso con Autismo?                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le habla directamente al paciente.</li> <li>- Se comunica solo con los padres.</li> <li>- Acercamiento cálido, sensible y respetuoso.</li> </ul> |          |                  |               |
| 3.-    | ¿Qué dificultades ha encontrado usted en el trabajo con las personas con Autismo?             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Red de apoyo y espacios de intervención.</li> </ul>  |          |                  |               |
| 4.-    | ¿Cuáles son las técnicas que ha podido emplear y han dado resultados en los casos de autismo? | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener en cuenta la especialidad del profesional.</li> <li>- En caso de ser psicólogos preguntar sobre el enfoque terapéutico.</li> </ul>         |          |                  |               |
| 5.-    | ¿De qué manera ha podido usted establecer un vínculo con el paciente con Autismo?             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de confort de la interacción</li> <li>- Nivel de colaboración del paciente</li> </ul>  |          |                  |               |

|     |  |   |  |  |  |
|-----|--|---|--|--|--|
|     |  | - Nivel de proximidad   |  |  |  |
| 6.- | ¿Qué conductas del niño o niña con TEA le han permitido observar que se ha establecido un vínculo positivo con usted?                                  | - Mirada, sonrisa, búsqueda de aprobación.<br>- Conducta de exploración y proximidad. |  |  |  |
| 7.- | ¿Considera usted importante establecer un vínculo positivo con los pacientes con Autismo?<br>¿Por qué?   | - Espacio seguro en el trabajo con niños.   |  |  |  |
| 8.- | ¿Qué recomendaciones podría dar usted al personal de la salud que trabaja con personas con Autismo para generar un vínculo positivo con los pacientes? | -Técnicas, sugerencias a programas de salud mental actuales.                          |  |  |  |

Nombre del profesional que valida la guía: .....

Profesión:.....

Firma:.....

Fecha:.....

**Anexo 4****Carta para Guía de entrevista**

Quito, ..... 22

.....

.....

.....

De nuestras consideraciones:

Nosotras, Doménica Nicole Godoy Jiménez con CI:0502934417 y Jocelyne Dayana Pazmiño Villavicencio con CI:1727231415, egresadas de la carrera de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, nos encontramos realizando nuestra disertación de grado con el tema: “Abordaje del autismo desde la teoría del apego. Diseño de una guía práctica para los profesionales de la salud, Quito 2022”. El objetivo es diseñar una guía dirigida a trabajadores del área de la salud para el abordaje del autismo desde los elementos fundamentales de la teoría del apego, con la finalidad de fomentar una intervención más integral. Por esta razón, hemos preparado una guía de entrevista semiestructurada con el objetivo de recopilar información necesaria para la elaboración de la guía. La entrevista será aplicada a 10 profesionales de la salud que atienden a niños con Autismo desde la consulta pública o privada, y tendrá una duración aproximada de una hora.

Por tanto, solicitamos a usted, revise la guía de entrevista que hemos elaborado y que se encuentra en documento adjunto, así como los temas a profundizar en cada una de las preguntas y que nos dé la retroalimentación profesional que usted considere necesaria, en función del objetivo de nuestra disertación.

Le pedimos comedidamente, nos envíe el documento con sus observaciones dentro del plazo de cinco días.

Agradecemos su colaboración y ayuda.

Atentamente,

Doménica y Jocelyne

## Anexo 5

# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

INTERVENCIÓN  
PARA EL AUTISMO  
DESDE LA TEORÍA DEL APEGO



EMPEZAR >

Por:  
Dómenica Godoy  
Jocelyne Pazmiño

# Índice



Introducción



Autismo



Apego



Vínculo en el  
TEA



Signos de  
Alarma



Hitos del  
Desarrollo  
Neurotípico



Recepción y  
Acercamiento



Técnicas y  
Prácticas clínicas



Glosario de  
términos



Bibliografía

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA - INTERVENCIÓN PARA EL AUTISMO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

Directora Elena Díaz Mosquera

Doménica Nicole Godoy Jiménez  
Jocelyne Dayana Pazmiño Villavicencio  
Quito, 2022