



**Personas con TEA:  
repercusiones del diagnóstico en el sistema familiar  
y estrategias de intervención**

---

Trabajo final de grado  
(monografía)

Carol Melina Muraña Vieira  
CI: 5.501.212-5  
Tutora: Cecilia Blezio  
Revisora: Beatriz Falero

## Índice

Resumen.....	3
Fundamentación y propósito .....	3
CAPÍTULO 1: Acerca del trastorno del espectro autista (TEA).....	4
Desarrollo del concepto de autismo a lo largo del tiempo .....	4
El autismo en el <i>DSM</i> .....	6
Signos de alarma .....	9
Otras posturas sobre el autismo .....	11
CAPÍTULO 2: Diagnóstico e impacto en la familia.....	13
Entre el alivio y la etiqueta diagnóstica .....	13
Impacto del diagnóstico en la familia: el lugar de los padres.....	16
El lugar de los hermanos .....	17
CAPÍTULO 3: Teoría del apego.....	19
Tipos de apego.....	20
Apego en niños diagnosticados con TEA: ¿es el niño/a con TEA capaz de establecer patrones de apego seguros? .....	21
CAPÍTULO 4: Posibles tratamientos.....	24
Métodos de intervención en niños con TEA .....	24
- Intervenciones conductuales .....	25
- Intervenciones evolutivas .....	26
- Intervenciones basadas en terapias.....	26
- Intervenciones basadas en la familia.....	27
- Intervenciones combinadas.....	28
- Intervención posible desde el psicoanálisis .....	30
¿Qué método de intervención es el más eficaz?.....	31
CAPÍTULO 6: Producción nacional acerca de las intervenciones en personas con TEA .....	33
Curso: Intervención Institucional en TEA (Práctica de Graduación) .....	33
Tesis de maestría en Psicología Clínica: “El uso de recursos musicales en la comunicación de niños con trastornos de Espectro Autista”, Larrosa (2015).....	33
Artículo: “Talleres terapéuticos para niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista: estrategias y posibilidades durante la pandemia de COVID-19” (Camparo et al, 2021) .....	34
Reflexiones finales .....	35
Referencias bibliográficas .....	36

***“Necesito más orden del que tú necesitas, más predictibilidad en el medio que la que tú requieres. Tenemos que negociar mis rituales para convivir”***

**Rivière, Á. (2001, s/p)**



## Resumen

El presente trabajo de corte monográfico aborda la temática del TEA, desde una perspectiva general abarcando a las personas con diagnóstico de TEA. Se expone de manera detallada el recorrido histórico del concepto de autismo a lo largo del tiempo, las repercusiones del diagnóstico en el sistema familiar y las estrategias de intervención. Ya que entendemos que es una temática de gran complejidad, se parte del desarrollo de una perspectiva médico-psiquiátrica basada en el diagnóstico, no desconociendo los aportes de otras corrientes como lo son el psicoanálisis, la teoría de apego de John Bowlby y la perspectiva lacaniana sobre autismo de Marie Claude Thomas, quien propone leer al autismo desde una visión multidisciplinaria e integral. Asimismo, se interroga acerca del apego en niños diagnosticados con TEA, a partir de la pregunta: ¿es el niño/a con TEA capaz de establecer patrones de apego seguros? Y se llega a la conclusión de que sí pueden establecerse.

**Palabras clave:** TEA - diagnóstico - apego - intervención.

## Fundamentación y propósito

El concepto de autismo se ha ido modificando a lo largo de la historia. Ferrari (2000) plantea que el término fue utilizado por primera vez en el año 1911 por el psiquiatra Eugen Bleuler en su obra *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. Sin embargo, es recién en 1934 cuando Leo Kanner utiliza este término vinculado a la infancia, como “autismo infantil precoz” (Kanner, 1951, p. 768). Posteriormente, en el año 2013 con la publicación del manual de la asociación americana de psiquiatría sobre los trastornos mentales (*DSM-V*), la definición de “Trastorno Generalizado del Desarrollo” es sustituida por el término “Trastornos del Espectro Autista” (TEA), incluyéndolo dentro de los trastornos del neurodesarrollo.

A pesar de la evolución y resignificación que ha tenido este concepto desde las diversas perspectivas teóricas, aún quedan muchas preguntas por responder. Son escasos los aportes que se han realizado respecto a las repercusiones del diagnóstico de TEA a nivel familiar, puesto que durante mucho tiempo el abordaje estuvo focalizado únicamente en el niño con TEA, dejando de lado a la familia como principal sostén.

En términos generales, el objetivo de esta monografía será abordar la temática las repercusiones en el sistema familiar y las estrategias de intervención a partir de un diagnóstico de TEA, mediante la utilización de bibliografía especializada, destacando los principales métodos de intervención conjunta, la importancia de la detección precoz y la intervención temprana. Indagaremos en una perspectiva histórica del concepto de autismo a lo largo del tiempo, hasta acercarnos a la noción actual presente en el *DSM-V*. Asimismo –y

dado que es imprescindible abordar y formular nuevas estrategias de afrontamiento, principalmente para el sistema familiar, ante el diagnóstico de TEA y que en la actualidad existen diversos métodos de intervención—, considero pertinente mencionar brevemente aquellos que resultan más relevantes.

Tomaremos como base los aportes de la terapia conductual, haciendo referencia a la clasificación de las intervenciones según la guía australiana de Salvadó *et al.* (2012). Sin embargo, también se contemplarán otras perspectivas, permitiendo así pensar en un abordaje de atención integral que dé cuenta de la complejidad y las vicisitudes por las que atraviesa la familia ante el diagnóstico, considerando que cuanto más temprano se realice éste será posible brindar una mejor calidad de vida, tanto para el niño con TEA como para su familia.

## **CAPÍTULO 1: Acerca del trastorno del espectro autista (TEA)**

### **Desarrollo del concepto de autismo a lo largo del tiempo**

Etimológicamente, la palabra autismo proviene del término griego “eafismos”, el cual refiere a estar “encerrado en uno mismo” (Cuxart, 2000).

En este capítulo no vamos a limitarnos a describir únicamente la clasificación propuesta por el DSM V, que incluye al diagnóstico de TEA dentro de los trastornos del neurodesarrollo, sino que contemplaremos los aportes de otra perspectiva teórica dada la complejidad que implica estudiar dicho trastorno. Es por esto que también desarrollaremos los postulados de la teoría de Marie Claude Thomas acerca del autismo.

Thomas (2014) sostiene que la construcción de este término se hizo en dos tiempos; un primer momento que va desde 1907 a 1911 aproximadamente, que es donde surge el término mismo, por parte de Bleuler; y, luego, en un segundo momento, la construcción del cuadro clínico, propuesta por Leo Kanner en el año 1943.

En relación al primer momento, Maleval (2011), afirma que “todavía hoy resulta difícil aprehender el autismo sin pasar por el prisma deformante de la psicosis” (p. 12). Es que, precisamente, la palabra autismo no fue utilizada en la literatura médica hasta 1911 (Artigas-Pallarès y Paula, 2012). Es el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler quien introduce este término por primera vez en la monografía *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* para el *Tratado de Psiquiatría*, publicado en Viena en 1911. Bleuler, sustituye la noción de “dementia praecox”, enfermedad que Emil Kraepelin (1856-1926) había definido con base en una evolución progresiva hacia un estado terminal de empobrecimiento intelectual (*Verblodung*) por un grupo de psicosis esquizofrénicas que tenían en común, cualquiera que fuera la forma clínica bajo la cual se manifestaran, un cierto número de mecanismos psicopatológicos (Garrabé, 2012). Bleuler, citado en Thomas (2014), cuestiona la teoría de la

libido freudiana dudando en usar el término “autoerotismo”. El 13 de mayo de 1907, Jung anuncia a Freud que Bleuler optó por la reducción del término “autoerotismo” al “autismo” puesto que para él autismo y autoerotismo son lo mismo. Se entiende que al elegir esa palabra Eugen se pone fuera, al lado del campo freudiano, posicionándose dentro de la disciplina psiquiátrica (Thomas, 2014).

El segundo momento al que refiere Thomas, es en el año 1943 cuando Leo Kanner utiliza este término vinculado a la infancia, y diferencia por primera vez al autismo de la esquizofrenia infantil. Kanner (1943) presenta en su artículo “Autistic disturbances of affective contact” una descripción inicial acerca del síndrome autista, a partir del análisis de once niños de entre dos años y medio a ocho años de edad que presentaban una serie de características conductuales comunes. En esta misma línea, Asperger (citado en Vasen, 2019) comenta:

En su trabajo clave de 1943 Kanner destaca cinco rasgos: una falta profunda de contacto afectivo con otra gente, mutismo o cierto tipo de lenguaje que no parece destinado a la comunicación inter-personal y, a la vez, un potencial cognitivo y una capacidad de memoria destacables. A ello se sumaba un obsesivo deseo de preservar todo sin cambios, de mantener las rutinas del niño y su entorno, una fascinación por ciertos objetos que son manipulados con habilidad y finos movimientos motores (p. 72).

Kanner califica los enunciados de sus pacientes como neologismos, o cosas sin sentido, sin dirección, sin significación, o “metafóricos”.

Retomando las etapas en torno a las concepciones del autismo, el autor Rivière (2001), identifica las siguientes tres que desarrollaremos a continuación. En la primera (de 1943 hasta mediados de 1960), predominan las explicaciones psicodinámicas, que consideraban al autismo como una psicosis infantil causada por relaciones inadecuadas entre el niño y sus figuras parentales. La segunda etapa se desarrolla desde el 1960 hasta el 1980 aproximadamente. En este período comienzan a erradicarse viejas hipótesis y especulaciones en torno a las dinámicas familiares y pasan a predominar las teorías basadas en la psicología experimental y el conductismo. Surgen diversas formas de tratamiento e intervención, como por ejemplo el método Applied Behavior Analysis (ABA).

El tratamiento comienza a centrarse en la educación, ya que aparecen los primeros centros educativos dedicados al desarrollo de procedimientos de modificación de conducta y de centros especializados para ello. Paulatinamente comienza a abandonarse este modelo psicodinámico que culpabilizaba a la familia dando lugar a nuevas teorías basadas en la psicología experimental y el conductismo, como se mencionaba anteriormente. La tercera etapa, llamada cognitivista-interaccionista, comienza en el año 1985 con la tesis que publicó

Baron Cohen: *Does the autistic child have a theory of mind?* Se sustituyen las definiciones diagnósticas que consideraban al autismo como “psicosis infantil” por la nueva conceptualización de autismo por parte del *DSM III*, como un Trastorno Generalizado del Desarrollo. Este escrito significó el comienzo de este tercer período, que se extiende hasta la actualidad.

Respecto a este momento que implicó un giro radical, me surge la siguiente interrogante: ¿qué sucedió en la psiquiatría de los años 80 para que se produjera tal cambio? Siguiendo a Guimón (2006), “desde el final de los años 80 parece imparable el avance del modelo biológico en detrimento de los anteriores lo que ha dado lugar a un cierto reduccionismo” (p. 5). Asimismo, González-Duro (2015) sostiene que “tras este ‘fervor’ biológico, neuropsiquiátrico, estaba el gran desembarco de la industria farmacéutica, con los elevados costes de sus productos y sus afanes de astronómicas ganancias, que invadía todos los espacios y se apropiaba del discurso de la psiquiatría académica” (s/p). De acuerdo a lo planteado podemos comprender mejor este cambio radical de paradigma, visualizando por qué la psiquiatría de la década de los 80 se vio obligada a rediseñarse.

## **El autismo en el *DSM***

A modo de introducir la clasificación psiquiátrica, tomaremos en cuenta los aportes de Artigas-Pallarès y Paula (2012) que comentan que con el objetivo de homogeneizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios diagnósticos entre los profesionales, se crearon los manuales diagnósticos *International Classification of Diseases (ICD)*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, de la American Psychiatric Association (APA).

Entre los años 1994 y 2000 aparecen el *DSM IV* y el *DSM IV-TR*, que marcaron un cambio radical. Artigas-Pallarès y Paula (2012) mencionan que, por una parte, se establecieron cinco categorías de autismo: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado; asimismo, se incorporó el término “trastornos generalizados del desarrollo” como denominación genérica para englobar los subtipos de autismo. Por otro lado, los 16 criterios para el trastorno autista del *DSM III*, fueron reducidos a seis.

El *DSM V*, actualmente, es la clasificación psiquiátrica de mayor reconocimiento y proyección a nivel mundial (Cadaveira y Waisburg, 2014, p. 29). En su última versión, publicada en 2014 (*DSM V*), el concepto de autismo se concibe dentro de la nomenclatura trastornos del espectro autista (TEA) que se incluye, a su vez, dentro de la categoría de los trastornos del neurodesarrollo. Si bien el *DSM-V* continúa considerando al autismo como un

trastorno, en esta última versión lo hace dentro de un espectro, el cual “sugiere la existencia de un mismo modo de funcionamiento subjetivo” (Maleval, 2011, p. 65).

En el año 1979, Lorna Wing y Judith Gould plantean una nueva percepción de autismo. Este cambio tuvo como origen el estudio llevado a cabo en Londres por las autoras. Según Artigas-Pallarès y Paula (2012), este estudio permitió identificar pacientes que se ajustaban al patrón típico descrito por Kanner pero también hubo pacientes que, sin ajustarse a ese perfil, mostraban en mayor o menor grado la tríada de problemas en la interacción social, comunicación e imaginación asociada a un patrón de conductas rígidas y estereotipadas, cualitativamente similares a las de los autistas “típicos”, pero cuantitativamente distintas.

Este concepto se iba perfilando cada vez más, y estos datos daban cuenta de que las manifestaciones del autismo se contemplaban como un continuo: se hizo evidente que no podían establecerse límites categóricos entre los pacientes ya que estos resultaban difusos ante la realidad. Se entiende, entonces, que el concepto de TEA visto desde este nuevo paradigma es más abarcativo, lo cual supone tomar en cuenta las distintas dimensiones del sujeto visto desde su singularidad.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) plantea en el *DSM V* los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno del espectro autista (TEA):

A. 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):

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.
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.
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.

B. 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):

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).
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 pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
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).
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).

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 (pp. 50-51).

En esta categoría diagnóstica se definen tres niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo especificados en el *DSM-V*, que se detallan a continuación:

Grado 1: necesita ayuda. Las deficiencias de la comunicación social, verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento. Dificultad para iniciar interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de otras personas. La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren de manera significativa con el funcionamiento en todos los ámbitos. Asimismo, presentan ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de atención.

Grado 2: necesita ayuda notable. Presenta deficiencias graves en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales, y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas. La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de la acción.

Grado 3: necesita ayuda muy notable. Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de las interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de otras personas. La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción (APA, 2014, p. 52).

A modo de crítica y reflexión, algunos autores han considerado que la implementación de este manual (*DSM-5*) proporciona grandes limitaciones diagnósticas. Artigas-Pallarès y Paula (2012) plantean que marcará un cambio conceptual, que probablemente sea el camino hacia una interpretación radicalmente distinta de los trastornos mentales, ya que considera que desde la perspectiva actual se contempla el autismo dentro de un espectro dimensional.

## **Signos de alarma**

Guiándonos por los hitos evolutivos fundamentales alrededor de los 3, 6 y 18 meses del desarrollo emocional y cognitivo del niño, planteados en la *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro del autista*, diferenciamos cuatro etapas para la detección:

1- Del nacimiento a los 3 meses, nos encontramos con los siguientes signos de alarma:

- La inadaptación al ser cogido en brazos: hipotonía. El niño permanece completamente pasivo al ser agarrado, o hipertonía: rechaza activamente el contacto corporal, con inquietud, rigidez y arqueado dorsal del cuerpo.
- Menor actividad y demanda o, en menor frecuencia, gran irritabilidad y dificultad para tranquilizarse y regular sus estados, con la impresión de que los intentos de cuidado o acercamiento de la figura de apego aún intensifican más la irritabilidad.
- Pobre contacto ocular: ausencia o evitación de la mirada; sin adquisición estable de una mirada penetrante acorde con una resonancia afectiva con el cuidador.
- No surgimiento de la sonrisa social.

- Dificultades en el sueño y la esfera alimentaria

## 2- Alrededor de los 6 meses:

- Gritos monótonos, monocordes y sin intencionalidad comunicativa o significativa.
- No surgen conductas imitativas (de sonidos, gestos o expresiones).
- No vocalizaciones interactivas, ausencia de comunicación.
- Menores respuestas de orientación (parece un niño sordo).
- Ausencia de conductas anticipatorias ante la interacción (echar los brazos).
- Ausencia de la instauración de la angustia frente a extraños alrededor del octavo mes.
- Problemas en la aceptación de alimentos y a los cambios de texturas y sabores.
- No hay desarrollo del “involucramiento emocional conjunto”.

## 3- Alrededor del año:

- Aparición de conductas estereotipadas (balanceo, aleteo de manos, repetición de un sonido o movimiento, fascinación por un estímulo determinado...).
- La exploración de los objetos, si existe, es limitada y repetitiva, propiciándose la sobreestimulación mono-sensorial (táctil, oral, visual, sonora) al utilizarlos.
- Ausencia de la “intencionalidad interactiva y la reciprocidad” que constituye la aptitud para interactuar de un modo intencional y recíproco, tanto iniciando el intercambio como respondiendo a las señales del otro.
- Ausencia de gestos comunicativos apropiados (decir adiós con la mano). Ausencia de aparición de lenguaje oral, y si aparece, no existe un uso funcional.
- La adquisición de la deambulación puede acompañarse (en un porcentaje alto) de un comportamiento motor caracterizado por inquietud extrema e impulsividad muy difíciles de regular externamente.
- La ausencia a partir de los 18 meses de la “comunicación representacional/ afectiva” que implica la capacidad para utilizar representaciones mentales, puesta de manifiesto en el lenguaje o en el juego dramático, a fin de comunicar emociones e ideas.
- Persistencia de trastornos de la alimentación por la dificultad en aceptar cierto tipo de alimentos (texturas) que puede acompañarse de una negativa a la masticación.

## 4- A partir de los 2 años:

- Desinterés por las personas y especialmente por otros niños. Puede mostrar relación diferenciada con las figuras de apego, pero no establece con ellos los patrones de interacción y comunicación esperables para la edad, estando ausentes los comportamientos de “atención conjunta”

- Escaso desarrollo del lenguaje (tanto comprensivo como expresivo), pudiendo aparecer detenciones o incluso retrocesos de este desarrollo. Si existe lenguaje éste es extraño (inversión pronominal, ecolalias inmediatas y diferidas, literal...) y no funcional
- Se intensifica la tendencia al aislamiento, existe escaso interés por explorar el entorno.
- Persiste el uso estereotipado de los objetos, sin aparición del juego funcional.
- Adherencia de tipo compulsivo a rutinas o rituales, provocando gran irritabilidad así como conductas oposicionistas y rabietas intensas cuando se intenta interactuar con ellos, modificar sus conductas estereotipadas o cuando se hacen cambios en sus rutinas.
- Desarrollo de temores intensos, sin desencadenante aparente. A los dos años ya encontramos síntomas evidentes que nos permiten un screening específico para autismo por lo que podremos guiarnos con las escalas desarrolladas para la detección.

A partir de lo mencionado, entendemos que es de suma importancia la atención temprana para mejorar la calidad de vida de los niños que presentan diagnóstico de TEA. Es por esto que se torna fundamental detectar lo antes posible aquellos signos de alarma no ajustados al desarrollo.

De todas maneras, se debe considerar que cada caso es único y singular, por lo cual me remito a la frase del psicoanalista Gustavo Stiglitz, en la que en síntesis nos transmite que no todas estas señales están presentes en todos los niños con diagnóstico de TEA, sino que estas varían según cada persona: "Hay tantos tipos de autismo como autistas hay, cada caso es único" (Stiglitz, citado en Lovisolo, 2015, s/p).

### **Otras posturas sobre el autismo**

Desde una perspectiva del psicoanálisis lacaniano, Thomas (2014 y 2016) propone una lectura crítica de la concepción actualmente dominante de este fenómeno reciente llamado "autismo infantil":

Yo trato de dar una función al autismo que va más allá de la psicología, más allá de la psicopatología, más allá del individuo. ¿Qué es ese fenómeno que aparece en 1940, que prendió tan fuerte y que se extiende en el tiempo? Es una figura de la civilización muy particular. Porque allí no son las brujas ni las histéricas, es el niño. Un niño que no habla más, es así que se lo fijó, porque de hecho él habla, habla mucho, cuando no se los intimida con nuestra posición de sabios. Pienso que habría que encontrar otra

cosa que la patología, otras articulaciones (Thomas, 2016; en Arévalo, Mórtola y Novas, 2016, s/p.)

Thomas plantea la “paradoja autismo y lenguaje” (2014, p. 11; también mencionada en Fernández, 2015): algunos analistas consideran al autismo por fuera del lenguaje no obstante, concordamos con la autora respecto a su posición de que el niño habla, entendiendo que lo hace desde su singularidad, ya sea a través de gestos, señalamientos, y/o su comportamiento. Por lo tanto, según su planteo no podemos hablar de un sujeto fuera del lenguaje, ni aun en los casos donde predomina el mutismo, puesto que el lenguaje va más allá de proferir palabras.

Como podemos ver, la postura de la psicoanalista Thomas (2014 y 2016), propone leer al autismo desde otra perspectiva, intentando producir una ruptura con las concepciones que conocemos actualmente, situando al autismo más allá de todas las exposiciones clínicas habituales y de la exposición de los síntomas; de la investigación sobre las causas, de las hipótesis (ya sean biológicas, neurológicas, psicológicas o psicoanalíticas) y de la consideración sobre los tratamientos y terapias.

A modo de ejemplo, Thomas (2014) menciona un caso de Kanner, de un niño de cinco años de edad, el cual decía sin parar “No tiren al perrito del balcón”. Tiempo después, el psiquiatra descubre que la madre le había dicho eso hacía tres años cuando tiró un perrito de peluche del balcón de un hotel. En este sentido, la postura de Kanner respecto a que los enunciados de sus pacientes carecen de sentido queda refutada y ante esto, Thomas expresa lo siguiente: “a mí me parece que no podemos saber si no tiene sentido, si está fuera de sentido” (Thomas, 2014, s/p). En este aspecto concordamos con la autora y sostenemos que el sujeto debe ser contemplado desde una escucha activa, buscando el sentido y correlación de sus palabras, desde su manera singular de expresar el lenguaje.

Es por esto que consideramos necesario repensar alguno de los síntomas que hemos mencionado anteriormente. Debemos hacer hincapié principalmente en el lenguaje de estos niños, ya que “el mutismo o la dificultad para hablar que presentan no impide que estén incluidos en el lenguaje” (Tendlarz, 2004, p. 29). En esta misma línea insistimos y concordamos con Thomas respecto a su posición de que el niño habla. Asimismo, repensando a la ecolalia como síntoma, siguiendo a Fernández (2018), esta puede aparecer cuando hay ausencia de comprensión de lo que el otro dice. Puede haber ecolalias inmediatas (el niño repite la última palabra que escuchó), o también ecolalias retardadas (cuando el niño trae una frase o palabra de otro lado). Por lo mencionado, consideramos fundamental entender a la ecolalia en su contexto, siendo importante darle un sentido.

Por otro lado, más allá de las dificultades que puedan presentar los niños con TEA las cuales fueron evidenciadas por el *DSM V*, consideramos conveniente resaltar también sus fortalezas. Al respecto, Kanner (citado en Fernández, 2018) alude al sorprendente vocabulario de los niños hablantes, destacando la excelente memoria respecto a episodios que han sucedido en el pasado, la memoria mecánica de poemas y nombres, y el preciso recuerdo de patrones y secuencias complejas que indicarían la existencia de una buena inteligencia.

## **CAPÍTULO 2: Diagnóstico e impacto en la familia**

### **Entre el alivio y la etiqueta diagnóstica**

Dentro de este capítulo abordaremos las vicisitudes en torno al diagnóstico de TEA y las tensiones puestas en juego en el núcleo familiar cuando nace un niño que por alguna razón es diferente a lo esperado (Cherro y Trenchi, 2007). Puesto que el niño/a se encuentra inmerso en un contexto determinado, se plantea la necesidad de ampliar el campo de visión e ir hacia el entorno de la persona con TEA y particularmente hacia la familia como contexto fundamental de toda persona (Rodríguez, 2005). El nacimiento de un niño con este trastorno suscita en el grupo familiar incertidumbre, miedos y desafíos, de los cuales pretendemos desarrollar a continuación, para proponer posteriormente (en el capítulo 4) caminos para transitar este proceso de la mejor manera posible.

Tener un hijo es uno de los acontecimientos vitales más importantes para un ser humano. Los vínculos afectivos entre padres e hijos así como las emociones que se ponen en juego son normalmente intensos (Martínez et al., 2008, p.217). La llegada de un nuevo integrante a la familia es motivo de ilusiones, ideales, alegrías y miedos, tanto para padres como hermanos. El hecho de que ser padres sea algo habitual no significa que sea fácil, y cuando el hijo tiene alguna dificultad grave todo puede resultar especialmente difícil (Paniagua, citado en Martínez et al., 2008 p.217).

Siguiendo a Alcamí Pertejo et al. (2008), “Los familiares suelen ser los primeros en sospechar que hay un problema” (p. 30). Surgen preguntas como ¿por qué no me mira?, ¿por qué no reacciona cuando digo su nombre?, ¿por qué no sonrío?, ¿no me escucha?, ¿por qué rechaza mis brazos? Al respecto, Cherro y Trenchi (2007) señalan que esta falta de respuesta social del bebé es un signo particularmente doloroso para los padres, que fácilmente se malinterpreta como un rechazo y puede ocasionar cuestionamientos como: “¿No soy una buena madre para él?”, “¿Qué estamos haciendo mal?”.

En esta línea, Cabanyes-Truffino y García-Villamizar (2004) plantean que habitualmente los padres solicitan consulta para manifestar algunas preocupaciones sobre el neurodesarrollo de su hijo cuando este tiene 2 años, preocupaciones que muchas veces no

tienen una respuesta debido a la complejidad que implica establecer el diagnóstico en etapas tempranas.

El proceso transcurre entre dos extremos: el inicial, que sería el de la sospecha, “algo no anda bien”, y el final, que sitúa a la familia y al cuerpo técnico ante la dilemática pregunta: “¿qué hacer?” (Cherro y Trenchi, 2007). Cada contexto es diferente, cada niño es particular, cada familia tiene su propia manera de funcionar y reaccionar ante lo inesperado, por lo tanto, cada proceso será singular. Es por esto, que coincidimos con lo que plantea Baron-Cohen (2008): cada persona reacciona de manera diferente cuando oye las palabras: “Creo que su hijo padece autismo”.

Por consiguiente, es relevante reflexionar acerca del significado que le otorgan los padres al diagnóstico. ¿Produce alivio o es una forma de etiquetar y condicionar la vida del niño? Resulta pertinente definir el concepto de diagnóstico para comprender con claridad la temática. Diagnosticar supone construir sentidos en un proceso de formulación de hipótesis que serán o no confirmadas en la clínica (De Souza, 2008). Así, “El diagnóstico aislado da poca información sobre la persona: dos individuos distintos pueden tener un mismo diagnóstico, aunque la forma de vivir la enfermedad<sup>1</sup> sea muy diferente y sean aconsejables distintas estrategias terapéuticas en cada situación” (Bernardi, 2014, p. 160).

Frente a las interrogantes anteriormente planteadas, hay dos posiciones. Baron-Cohen (2008) sostiene que hay quien se siente aliviado al saber, por fin, cómo se llama la patología que siempre le ha hecho sentir que él o sus hijos eran diferentes. Cabanyes-Truffino y García-Villamizar afirman que la identificación precoz del niño con TEA es de suma importancia, puesto que permite el inicio temprano de la terapia obteniendo resultados mejores que los alcanzados con tratamientos más tardíos, facilitando la planificación educativa, las previsiones de ayudas familiares-asistenciales y el manejo del estrés familiar. Montañés (2015) refuerza la idea de que los diagnósticos pueden ser de suma relevancia en la esfera clínica, puesto que ampliarían el conocimiento en el plano de lo biológico del ser humano.

En contraposición a lo mencionado, autores como Muniz (2013) y Janin (2011) conciben al diagnóstico como una forma de etiquetar y condicionar la vida del niño y familia. Muniz (2013), sostiene que el diagnóstico como etiqueta comienza a incorporarse en la identidad del individuo, visibilizando que este presenta una incapacidad o inhabilidad. Janin

---

<sup>1</sup> Si bien en este contexto el autor está hablando de patologías y no de TEA, tomamos como relevante su aporte debido a que nuestra posición frente al tema es precisamente que cada sujeto y familia atravesará este proceso de manera singular. Como se mencionará más adelante, cada persona tiene su historia, por lo tanto, resulta relevante resaltar que no todos los padres atravesarán las mismas sensaciones y emociones, ni seguirán linealmente el orden de las etapas, ni con la misma intensidad o duración.

(2011) elige poner en duda todo diagnóstico invalidante, suponiendo que todo niño tiene posibilidades impensadas (p. 184)

A fin de seguir reflexionando acerca de lo planteado, me parece relevante citar el siguiente relato:

“Los autistas son gente que tal cosa, que viven su mundo”; entonces no hablamos de autistas, hablamos de personas con autismo, porque justamente lo tienen, pero no los define. Él es él; tiene autismo, como también tiene una capacidad para dibujar enorme, como también tiene que es un pícaro; eso falta. Todo ese discurso de la diversidad como que se corta ahí... Otro que no tiene nada de diferente, salvo que se maneja así y no tiene las mismas herramientas que vos para enfrentar algunas situaciones, lo enfrenta de otra manera, ordenándose con rutinas, etc. Es otra manera de ordenar el mundo (entrevista a madre de un niño con diagnóstico de autismo, julio de 2013; en Montañés, 2015, p. 157).

Al momento de nombrar o crear una imagen de representación del otro, cuando se le diagnostica en este caso TEA, es importante entender que los atributos biológicos, por sí mismos, solo pueden aportar información descriptiva de una determinada característica del individuo (Montañés, 2015). El autor busca problematizar las consecuencias que tiene para el niño el hecho de presentar características que permiten etiquetarlo como “un autista”, “un anormal”; es decir, cuánto repercute ese diagnóstico en él, en su situación de discapacidad, su entorno familiar y su vida cotidiana.

En relación a lo anteriormente mencionado, Míguez (2015) sostiene que, si desde la infancia se etiqueta a niños y niñas con trastornos, patologías, diagnósticos, etc. sin dejar el margen al proceso singular de superación de pronósticos, el campo de los posibles se constriñe. La etiqueta pasará entonces a ser el punto de encuentro y forma de nombrar y reconocer a ese sujeto concreto.

Por otro lado, retomando la postura de Thomas (2016) respecto a este tema, parecería que la autora no estaría de acuerdo con el diagnóstico: desde su perspectiva psicoanalítica sostiene que este no es necesario, sin embargo, plantea que es fundamental dar respuesta y tratamiento a la sintomatología desde una apertura inventiva. Esta perspectiva se contrapone con la del modelo médico-psiquiátrico, ya que este último se centra principalmente en el diagnóstico, mientras que el psicoanálisis, toma al sujeto como un ser sufriente que no da las respuestas socialmente esperadas.

## **Impacto del diagnóstico en la familia: el lugar de los padres**

Tomando los aportes de Wing (1998), los padres tienen que enfrentarse a una serie de problemas, algunos de los cuales son prácticos y otros emocionales. A largo plazo tienen que pasar por un cambio de actitud cuando se enteran por primera vez del diagnóstico y este es un proceso doloroso.

Siguiendo a Cherro y Trenchi, 2007, ya desde la infancia, niñas y niños, suelen fantasear con los futuros hijos que supuestamente tendrán: cuántos serán, de qué sexo, con qué nombre, etc. Poco a poco van construyendo esa imagen, ese ideal de hijo, depositando todas sus fantasías y expectativas sobre él, pero una vez que nace, al notar que el niño crece y no se desarrolla como el resto, ese hijo tan soñado pasa a ser solo eso, un sueño.

En esta misma línea, Martínez et al. (2008) plantean que tener expectativas realistas con respecto al hijo con TEA y mantener un clima familiar de calidad son dos aspectos fundamentales en la convivencia positiva y que previenen de posibles complicaciones a nivel personal, familiar y social.

Siguiendo a Alcamí Pertejo et al. (2008), la patología del niño con TEA va a influir en gran medida en su familia y puede provocar importantes modificaciones en la dinámica familiar pero, a su vez, el funcionamiento del sistema familiar va a influir en la evolución del niño con diagnóstico de TEA. El autor, expresa que cuando los padres llegan a la consulta, suelen llevar bastante tiempo circulando de profesional en profesional, en busca de un diagnóstico fiable y con niveles de angustia crecientes.

Luego de ya establecido el diagnóstico, las primeras reacciones de la familia, siguiendo a Cherro y Trenchi (2007) son parcialmente semejantes a las del proceso de duelo, ya que en cierto modo transforma la situación en una pérdida incompleta que conjuntamente atrae una serie de consecuencias negativas, entre las que destacan la negación; el enojo con quienes no acompañan el proceso de negación; la multiplicación de las consultas; la evitación y huida con las consiguientes consecuencias negativas sobre el funcionamiento familiar de aislamiento y entorpecimiento o cronificación del proceso de duelo sin poder metabolizar el dolor permanente y sostenido.

Martínez et al. (2008), por su parte, expresan que cuando los padres reciben el diagnóstico inicial entran en un estado de inmovilización, de shock, de bloqueo y aturdimiento general, debido a la grave e inesperada noticia. En relación a esto, Cherro y Trenchi (2007) expresan que una de las consecuencias más temidas y difíciles de aceptar por parte de los padres es la sensación de impotencia que los invade al no poder cambiar la realidad de sus hijos. Esta aceptación implica para muchos padres una herida narcicista difícil de soportar, ya que, como comentábamos anteriormente, es renunciar al sueño del hijo ideal.

Retomando a Alcamí Pertejo et al. (2008), generalmente los que ejercen el papel de cuidadores principales van a presentar con mayor frecuencia trastornos ansiosos y depresivos, sentimientos de impotencia, desesperanza y baja autoestima. A su vez, el autor comenta que el propio trastorno con sus limitaciones a nivel afectivo y en el apego provoca en los padres determinadas respuestas afectivas o actitudes de ambivalencia, que pueden ser vividas por ellos con importantes sentimientos de angustia y culpabilidad.

En muchos casos, los padres se sienten totalmente culpables y responsables del trastorno que presenta su hijo, creyendo que pudo haberse originado en acciones, comportamientos y actitudes de ellos mismos. En esta misma línea nos remitimos a la teoría de las “madres heladeras”, la cual establecía que los progenitores, especialmente las madres, eran incapaces de establecer un vínculo de apego adecuado con sus hijos. Sin embargo, bastó profundizar sus estudios para descartar dicha teoría, acercándose a una postura organicista (Prego, citado en Rimbau Lanzaro y Herrera López, 2017).

Retomando las fases en relación a las reacciones de la familia luego de ya establecido el diagnóstico de TEA, la última en este proceso implicaría la aceptación por parte de los padres del trastorno que padece su hijo, según Martínez et al. (2008), esta fase sería la de aceptación de la realidad. Se caracteriza por la superación de este estado de depresión y por la aplicación de medidas racionales para compensar el problema. En esta instancia la familia buscará las mejores opciones para proporcionarle a su hijo, a fin de que pueda gozar de un tratamiento y atención adecuado a sus necesidades.

Para concluir este apartado, cabe destacar que las fases señaladas acerca del proceso que enfrentan los padres al enterarse del diagnóstico de TEA fueron descritas de manera breve y en términos generales, puesto que el camino que atravesará cada familia será personal y singular. Cada persona tiene su historia, su manera de ser y desarrollarse en la vida, es por esto que resulta relevante señalar que no todos los padres atravesarán las mismas sensaciones que describimos, ni seguirán linealmente el orden de las etapas, ni con la misma intensidad o duración. Haciendo alusión a las palabras de Martínez et al. (2008), son numerosos los factores que van a influir en el transcurso del proceso, pero es útil conocer las etapas y tenerlas en cuenta, puesto que ignorar este camino va a influir en el resto de las acciones que llevarán a cabo los profesionales.

## **El lugar de los hermanos**

Los hermanos de los niños con diagnóstico de TEA también son atravesados por diversas sensaciones. Dentro de este apartado buscaremos dar respuesta a las siguientes interrogantes en base a los supuestos de Lorna Wing: ¿Cómo es la relación entre hermanos

cuando uno de ellos tiene diagnóstico de TEA? ¿Es diferente esta relación de la que se establece entre hermanos con desarrollo neurotípico? ¿Qué se espera de un hermano?

Como ya dijimos, ante la noticia de un hijo en camino, los padres depositan todas las expectativas e ideales sobre ese niño, comienzan a imaginar cómo será, qué cosas le gustará realizar en el futuro, etc. En los hermanos no es diferente. Buscarán en él un compañero para jugar, un amigo, aliado de risas y travesuras. Cuando nace el bebé y la realidad es diferente, ciertas tensiones se ponen en juego. Ese anhelo comienza a verse frustrado puesto que el niño no logra realizar las mismas actividades que su hermano, algunas no las entiende o las realiza de maneras no convencionales.

De acuerdo a Wing (1998), algunos de los niños se ven negativamente afectados, mientras que otros lo sobrellevan bien. Debido a las características que presenta el trastorno, quienes tienen hermanos con diagnóstico de TEA pueden llegar a experimentar celos, vergüenza, enojo, rivalidad, frustración, tristeza. Al respecto, la autora, señala que lo más difícil para ellos es que sus padres tienen que dedicar tanto tiempo y atención al niño “diferente” que les queda poco tiempo para el resto de la familia. Asimismo, destaca que esto es más probable que afecte a una hermana o un hermano con una edad próxima a la del niño con el trastorno.

Los hermanos en edad escolar pueden sentirse incapaces de llevar a sus amigos a jugar a casa (Wing, 1998). En estos casos los padres deberían alentar y hacer posibles las visitas de los amigos explicando el autismo y brindando la información necesaria para que despejen sus dudas. Así como hay personas que sienten vergüenza o miedo puesto que el niño con TEA muchas veces entorpece actividades, muchos otros disfrutan jugando y enseñando a su hermano, logrando integrarlo en diversas actividades.

Respecto a los padres de niños con TEA, se sugiere que eviten colocar demasiadas responsabilidades sobre los hombros de sus otros hijos y asegurarse de que tienen el tiempo suficiente para sus propios intereses (Wing, 1998). Lo ideal sería dejar que sean autónomos respecto a tomar sus propias decisiones en relación a cuánto se quieren implicar. La autora hace referencia a que a algunos hermanos les resulta difícil relacionarse con un niño con TEA. Se deben respetar sus sentimientos y no se los debería presionar para implicarse o hacerlos sentir culpables en el caso de que no quieran hacerlo.

Los hermanos, antes de comprender la naturaleza del autismo, pueden preocuparse por la posibilidad de desarrollar ellos mismos una conducta autista. Pueden tener todo tipo de miedos y fantasías alarmantes y es preciso que los padres sean sensibles a estos sentimientos (Wing, 1998).

Para sobrellevar estas situaciones será fundamental que la familia tenga una buena comunicación, brindando información sobre el trastorno al resto de los integrantes a fin de comprender qué es lo que sucede, hablar de las emociones que invaden a cada uno, generar

espacios de interacción para que el niño pueda preguntar, explicar el porqué de la atención focalizada en el niño con TEA evitando así dar lugar a interpretaciones equivocadas, fortaleciendo los vínculos y promoviendo un ambiente saludable para todos.

### **CAPÍTULO 3: Teoría del apego**

Pensaremos la temática del apego en tanto repercusión en el sistema familiar, contemplándolo como un elemento constitutivo de la relación madre e hijo. A fin de comprender esta teoría, se desarrollarán los siguientes ejes centrales: Teoría del Apego, Tipos de apego y Apego en niños diagnosticados con TEA, donde nos plantearemos la interrogante: ¿es el niño/a con TEA capaz de establecer patrones de apego seguros?

En 1950, la Organización Mundial de la Salud le encomendó a John Bowlby tareas de asesoramiento sobre la salud mental de los niños sin hogar tras la finalización de la Segunda Guerra Mundial. El autor expresa la esencialidad para la salud mental del niño/a la vivencia de una relación continuada, cálida, íntima, con la madre, en la que hallen satisfacción y goce (Bowlby, 1998).

Para comprender la reacción del niño al separarse o perder la figura materna es necesario entender el vínculo que lo une a dicha figura. En las obras psicoanalíticas se ha abordado el tema en términos de relaciones objetales (Bowlby, 1998). Sin embargo, prefiere al enunciar su teoría emplear los términos “apego” y “figura apego”. Postula que el lazo que vincula al niño con su madre es producto de una serie de sistemas de conducta, cuyo fin es aproximarse a la madre.

Siguiendo a Bleichmar (2005), se considera que en un principio la teoría del apego fue una teoría etiológica evolucionista de la naturaleza del comportamiento temprano, que a lo largo de la vida de la especie ha resultado esencial para su supervivencia al permitir la proximidad de un ejemplar adulto.

De acuerdo a Bowlby (2014), la teoría del apego consiste en entender que un ser humano desde su nacimiento necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal con la finalidad de que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad; es decir que la consolidación de este primer vínculo proporcione la seguridad del niño y futuramente la del adulto. Expone que cuando el bebé comienza a gatear y caminar, empieza a utilizar las figuras conocidas como una relación de confianza y seguridad. La reacción de los padres lleva al desarrollo de patrones de apego y conduce a la construcción de modelos internos que guiarán las percepciones individuales, emociones y pensamientos del niño (Bowlby, 2014).

La ansiedad por la separación o el dolor tras la pérdida de una figura de apego se entiende como una respuesta normal y adaptativa de un recién nacido apegado. Estos

comportamientos pueden haber evolucionado debido a que aumentan la probabilidad de supervivencia del niño (Prior V. y Glaser, D. citado en Bowlby, 2014). En esta misma línea, los autores exponen que el objetivo fundamental a nivel psicológico es la seguridad, mientras que a nivel biológico es la supervivencia, puesto que los niños se apegan instintivamente a sus cuidadores con el fin de sobrevivir (física, social y emocionalmente).

Según Bleichmar (2005), el vínculo de apego se establece con una persona específica claramente diferenciada y preferida, y el sentimiento que se busca y se genera a través del vínculo de apego es el de seguridad afectiva. Este vínculo que se establece es por lo general con un número reducido de personas y se mantiene a lo largo de toda la vida. Sostiene que el sistema del apego es activado siempre que el ser humano se halla en una situación de estrés o traumática. En esta línea, Fonagy (2000, 2001), plantea que el apego no es una finalidad en sí mismo; sino que existe para dar lugar a un sistema representacional, que ha evolucionado, para ayudar la supervivencia humana (como se citó en Cherro y Trenchi, 2007).

## **Tipos de apego**

Bretherton (citado en Bowlby, 2014) expresa que mientras Bowlby publicaba dos artículos que remarcaban la pérdida de un referente de apego (“Ansiedad de separación” y “Dolor y luto en la primera infancia”), su colega Mary Ainsworth y colaboradores, desarrollaban una investigación que se denominó la Situación Extraña, y que consistía en establecer dos episodios de separación entre el niño y su cuidador/a (Bowlby, 2014). Esta prueba se ha convertido a lo largo de los años en el test del apego más reconocido y utilizado en investigaciones en todo el mundo, contribuyendo a que el apego se haya establecido como la teoría mejor fundamentada del desarrollo socioemocional (IJzendoorn y Sagi, citado en Bleichmar, 2015). Según los resultados obtenidos, se establecieron cuatro tipos de apego: seguro (B), ansioso evitativo (A), ansioso ambivalente-resistente (C), y desorganizado/desorientado (D) (Fonagy citado en Mendiola 2005):

- Apego seguro (B) se caracteriza por modelos de funcionamiento interno donde la figura de apego es percibida como accesible y receptiva si se la necesita. A su vez, este modelo se caracteriza por la confianza en el cuidador. Ante la ausencia de este, aparece la ansiedad de separación, y reaseguramiento al volver a encontrarse con el cuidador (Fonagy, citado en Mendiola 2005).
- El apego ansioso-evitativo (A) es interpretado como si el niño no tuviera confianza en la disponibilidad del cuidador, muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con el cuidador (Fonagy, citado en Mendiola, 2005). La conducta evitativa al reencuentro, más que una ausencia de angustia, es una estrategia de adaptación a la angustia de separación, por lo que Main y Weston

(citados en Bleichmar, 2005) consideran que la conducta evitativa representa una forma de estrategia defensiva organizada para evitar el sufrimiento

- En la categoría ansioso-ambivalente / resistente (C), el niño muestra ansiedad de separación, pero no se tranquiliza al reunirse con el cuidador, parece que hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención (Fonagy, citado en Mendiola, 2005).
- Apego desorganizado/desorientados (D) Posteriormente Main y Solomon consideraron que aquellos niños que no entraban dentro de ninguna de las categorías mencionadas anteriormente tenían un patrón de apego desorganizado/desorientado (Fonagy, citado en Mendiola, 2005). Los niños con este tipo de apego presentan conductas que se caracterizan por la falta de orientación hacia una meta, propósito o explicación, lo que sugiere que el infante no ha podido desarrollar una pauta de apego coherente con respecto a sus padres.

Como hemos desarrollado en este capítulo, muchos niños presentan una serie de conductas confusas en presencia de su cuidador. El adulto representaría no solo la contención y el consuelo para el niño, sino que también la fuente de alarma.

Entendemos que la conducta de apego no se desarrollará únicamente en la infancia, sino que persistirá a lo largo de toda la vida. Es por ello que resulta relevante establecer vínculos fuertes desde etapas tempranas y una relación segura y confiable en la que ellos puedan sentirse cuidados y protegidos. En este sentido, es fundamental la capacidad de escucha y sensibilidad de la madre ante las emociones que el niño le transmite, para así poder interpretarlas y lograr ese lazo afectivo capaz de adaptarse al ritmo del bebé, primero, y del niño después.<sup>2</sup>

### **Apego en niños diagnosticados con TEA: ¿es el niño/a con TEA capaz de establecer patrones de apego seguros?**

Este apartado se desarrollará principalmente en base a la lectura de los autores Cherro y Trenchi (2007). A lo largo de la historia se ha demostrado cuán imprescindibles son los vínculos tempranos en el desarrollo de los humanos. Por esto, es necesario preservar y

---

<sup>2</sup> Dado que queda fuera del objetivo de esta monografía, no desarrollaremos los aportes que se han realizado respecto al apego en la vida adulta. Sin embargo, cabe destacar que ese lazo afectivo en la díada madre-bebé, la seguridad sobre la disponibilidad de las figuras de apego como la ausencia de estas, se construye y mantiene progresivamente a lo largo de toda la vida.

promoverlos al máximo si pretendemos que el resultado de la crianza sea un ser humano que goce de una buena salud mental (Cherro y Trenchi, 2007).

Resulta importante destacar entonces que tanto los vínculos tempranos como el entorno y el tipo de trato que brinden los cuidadores principales debe ser de buena calidad. En el caso puntual de los niños diagnosticados con TEA, tomando en cuenta los aportes de Lord y Rutter (1994), debemos considerar que las dificultades en la discriminación socioemocional pueden deberse a la escasa comprensión de lenguaje en comparación con otras habilidades y que el autismo implicaría déficit en la atención y en la comprensión de objetivos, junto a déficit en la mentalización, en el sentido de atribuir intencionalidad a lo que los otros piensan así como déficit en la planificación de funciones (como se citó en Cherro y Trenchi, 2007). Al respecto, Fernández (2018), sostiene que las personas con TEA presentan dificultades, en mayor o menor medida, para desarrollar un lenguaje con una intención comunicativa y esto, al estar ausente o afectado, provoca que pierdan el intercambio con el otro, repercutiendo así en la relación con los integrantes de la familia y su entorno.

Lo mencionado anteriormente ha dado lugar a diferentes posturas en torno a la siguiente interrogante que planteábamos al comienzo del capítulo: ¿es el niño/a con TEA capaz de establecer patrones de apego seguros? Durante un largo tiempo, se cuestionó si los niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA) desarrollaban conductas de apego. Se creía que eran incapaces de establecer lazos afectivos con sus cuidadores principales debido a las características que presenta el trastorno. Sin embargo, en pocos años los autores dedicados a estos temas, influidos por los resultados de la investigación, variaron su conceptualización inicial y lograron una mejor comprensión de lo que ocurría en estos casos (Cherro y Trenchi, 2007).

A continuación, plantaremos algunas de las posiciones que se han formulado a través del tiempo.

Zeanah (citado por Cherro y Trenchi, 2007) plantea que para el niño con TEA el rostro humano despierta poco interés, falla el contacto ocular, el apego es pobre o está ausente, es típica la falta general de interés social y aunque en él se puede ver algún tipo diferenciado de respuesta social los patrones habituales de apego no se desarrollan. En relación a lo anterior, es común escuchar que los cuidadores principales consideren que establecer apego con sus hijos resulta más difícil que con un niño de desarrollo neurotípico. Muchos padres y madres se vuelven inseguros acerca de sí mismos, llegando incluso a culpabilizarse y deprimirse. Sin embargo, lo que estos perciben puede diferir de lo que se puede determinar en una investigación como es la situación ante el extraño, de Ainsworth. En esta prueba se evidenció que ciertos niños con TEA mostraban conductas de apego ante la salida y el reencuentro con uno de sus cuidadores, llegando incluso en algunos casos a mostrar un apego seguro. Estos niños evidenciaban una preferencia ante la búsqueda de proximidad con su madre más que

con el extraño. De todas formas, como mencionaba anteriormente, aunque los experimentos comprueban la existencia de conductas de apego en niños con TEA muchos padres no comparten esta percepción y esto puede deberse a que ciertos aspectos de las conductas son “inusuales” en comparación con las de un niño con desarrollo neurotípico.

En esta línea Stone (1997), indica que, si bien la mayoría de los padres manifiestan que sus hijos con TEA parecen no necesitar a sus madres e ignoran su ausencia, la expresión conductual de su apego puede mostrarse de manera diferente en comparación con un niño neurotípico (Cherro y Trenchi, 2007); es decir, pueden mostrar evidentes cambios de conducta sin la necesidad de una proximidad con la madre o la búsqueda de contacto físico.

De acuerdo a F. Volkmar et al. (1997), la ausencia o rareza de conductas de apego en estos niños evidencia la falla para formar conexiones socioafectivas básicas con las figuras de referencia. Esto quiere decir que pueden no desarrollar apegos sociales cuando se espera, pero frecuentemente forman apegos idiosincrásicos con objetos (Cherro y Trenchi, 2007).

Retomando los aportes de Zeanah et al. (2000), en un trabajo más reciente sostienen que existe evidencia de que muchos niños con TEA forman vínculos de apego con sus cuidadores primarios a pesar de algunas desviaciones en los rasgos de sus conductas relacionadas con dicho trastorno (Cherro y Trenchi, 2007).

Por su parte, Redondo-Urbieta (2018) indica que en diversos estudios se han encontrado mayores probabilidades de que se dé un apego inseguro en población con TEA, en comparación con población no clínica (Capps et al., 1994; Naber et al., 2007; Rutgers et al., 2007). Algunos autores justificaron que los vínculos de apego seguros se podrían formar de manera más lenta debido a los retrasos en ciertas áreas del desarrollo (Rogers, Ozonoff y Maslin-Cole, 1993, como se citó en Naber et al., 2007).

Continuando con los aportes de Redondo-Urbieta (2018), aunque hay investigaciones que informan que un 53% de los niños con TEA establecen un apego seguro con sus cuidadores primarios (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, IJzendoorn y Berckelaer-Onnes, 2004, como se citó en Teague et al., 2017), Teague et al. (2017) indica que la proporción de apego inseguro presente en esta población puede oscilar entre 14% y 60%. Es decir, que la probabilidad de crear vínculos de apego seguros en niños con TEA es menor en comparación a niños con desarrollo neurotípico.

A su vez, Redondo-Urbieta (2018) menciona que existe una probabilidad superior de que establezcan apego inseguro a medida que aumenta la severidad del trastorno y/o si este correlaciona con retraso mental (Naber et al., 2007; Rutgers et al., 2007; Rogers, 1990, como se citó en Teague et al., 2017). Siguiendo el planteo de estos autores, el apego inseguro en niños con TEA estaría relacionado al retraso mental y a los niveles de gravedad del trastorno.

Por su parte, para Biringen et al. (2005), aproximadamente la mitad de los niños con trastornos del espectro autista tendrían un apego seguro (como se citó en (Cherro y Trenchi, 2007)).

Es importante destacar que las posturas de los autores y corrientes desarrolladas en el capítulo son producto de una selección y no agotan todo el universo de teorías y clasificaciones, puesto que excederían al objetivo de esta monografía. Hoy en día, podemos decir que existe evidencia suficiente acerca de la existencia de apego seguro en niños con TEA. Se ha demostrado empíricamente que pueden desarrollar diferentes tipos de apego con sus cuidadores primarios, e incluso establecer patrones de apego seguros independientemente de los déficits en la esfera relacional que presenten.

Concluimos este capítulo haciendo hincapié en que la temática del apego es un asunto importante a considerar en este trabajo puesto que nos permite repensar que el sistema de apego no solo se verá condicionado por las características que presenta el diagnóstico de TEA, sino que también estará influenciado por el impacto que tiene este en los miembros de la familia.

Es por lo anteriormente mencionado que en el anterior capítulo nos cuestionamos acerca de cómo afronta la familia el periplo de acompañar la crianza del niño con TEA, bajo la circunstancia de no obtener la recompensa esperada que produce la reciprocidad en el vínculo familiar.

## **CAPÍTULO 4: Posibles tratamientos**

### **Métodos de intervención en niños con TEA**

En este capítulo abordaremos algunos de los posibles métodos de intervención en niños con TEA. Nora Grañana (2014) en su escrito *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista* define el concepto de intervención en una persona con TEA:

Es cualquier acción terapéutica o de tratamiento diseñada para ayudar a personas con autismo a reducir o curar los síntomas nucleares, mejorar las habilidades adaptativas de la vida diaria, reducir las conductas disruptivas o problemáticas, tratar las condiciones coexistentes o comorbilidades, incrementar el desarrollo cognitivo de habilidades académicas y laborales, y mejorar la calidad de vida (Grañana, 2014, p. 89).

Alcamí Pertejo et al. (2008) plantean que todo proceso de evaluación y diagnóstico tiene que corresponderse con un plan de tratamiento individualizado en función de las

particularidades encontradas en la exploración, que considere la intervención coordinada desde los distintos entornos y profesionales implicados. Sin embargo, aún existe cierta controversia en relación al tratamiento y estrategias apropiadas a tener en cuenta en este tipo de trastornos. Aunque existe poca evidencia respecto a su eficacia, hay un acuerdo en que el tratamiento debe diseñarse desde una concepción interdisciplinaria, aplicarse de forma intensiva e instaurarse precozmente (Alcamí Pertejo et al., 2008). De acuerdo a Mulas et al. (2010), aunque no existe hoy en día ningún tratamiento curativo del autismo, sí hay diversas intervenciones no farmacológicas que pueden modificar el mal pronóstico generalmente asociado a este tipo de trastornos.

A partir de lo mencionado anteriormente, revisaremos a continuación los métodos de intervención en niños con TEA que resultan más relevantes, es decir, que fomentan un mayor grado de autonomía posible, potenciando y mejorando habilidades en las distintas áreas implicadas en este trastorno.

#### **- Intervenciones conductuales**

Consisten en enseñar a los niños nuevos comportamientos y habilidades usando técnicas especializadas y estructuradas (Mulas et al., 2010). Dentro de este tipo de intervenciones se destacan el Programa Lovaas y el Análisis aplicado de la conducta (ABA), que describiremos brevemente a continuación:

-Programa Lovaas: Se basa en un programa de unas 40 horas semanales que se realiza en el ámbito familiar a través de la vinculación de los padres como terapeutas (Alcamí Pertejo et al., 2008). Siguiendo a Mulas et al., (2010), a pesar de que con su método se consigue mejorar habilidades como, por ejemplo, la atención, la obediencia, la imitación o la discriminación, este programa ha recibido muchas críticas por la ausencia de espontaneidad, por basar sus resultados fundamentalmente en la mejora del cociente intelectual (CI) y porque el medio de aprendizaje altamente estructurado no es representativo de las interacciones naturales entre adultos y niños.

-Análisis aplicado de la conducta (ABA): De acuerdo a Mulas et al. (2010), el método ABA se basa en promover conductas mediante refuerzos positivos y extinguir las no deseadas eliminando consecuencias positivas, con el objetivo de buscar un mecanismo de “extinción”, es decir, restringir o disminuir las condiciones en donde ocurren conductas desadaptativas, para reducirlas. Siguiendo a Alcamí Pertejo et al. (2008), diferentes estudios constatan que este programa puede ayudar a fomentar la independencia y mejorar la calidad de vida de los niños con TEA, puesto que se trata de un programa intensivo dirigido a disminuir determinados comportamientos problemáticos específicos y a enseñar nuevas habilidades. A su vez, se caracteriza por proporcionar un trabajo personalizado, integración escolar

normalizada, terapia en ambiente natural, enseñanza de habilidades y actividades funcionales, manejo de las dificultades en las distintas áreas del desarrollo y asesoría a padres, familiares y personas cercanas al niño respecto de su desarrollo y manejo (Alcamí Pertejo et al., 2008).

#### **- Intervenciones evolutivas**

De acuerdo a Mulas et al. (2010), favorecen a que el niño desarrolle relaciones positivas y significativas con otras personas. Se centran en enseñar técnicas sociales y de comunicación, tanto al niño como a los padres, en ambientes estructurados, así como fomentar habilidades para la vida. Dentro de estas intervenciones se destacan: Floor Time, DIR (Developmental Individual-Difference, Relationship-Based Model), Responsive Teaching (RT), Relationship Development Intervention (RDI).

#### **- Intervenciones basadas en terapias**

Se enfocan en trabajar dificultades específicas, generalmente basándose en el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación o en el desarrollo sensoriomotor, (Mulas et al. 2010). Se dividen en dos subgrupos:

-Intervenciones centradas en la comunicación. Se trata de estrategias visuales e instrucción con pistas visuales, lenguaje de signos, sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS), historias sociales (*social stories*), dispositivos generadores de lenguaje (SGDs), comunicación facilitada (FC) y entrenamiento en comunicación funcional (FCT) (Mulas et al. 2010).

-Intervenciones sensoriomotoras. Es un entrenamiento en integración auditiva (AIT) e integración sensorial (Mulas et al. 2010)

Puesto que el objetivo de esta monografía no es abordar en profundidad todos los métodos de intervención, se considera pertinente mencionar de manera breve el que resulta más relevante dentro de esta categoría:

-Sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS, por su sigla en inglés).

Esta modalidad se encuentra inmersa en los sistemas aumentativos y alternativos de la comunicación (SAAC) y es necesario implementarla cuando los niños y personas con TEA no presentan un habla funcional o intención comunicativa (Salvadó et al., 2012). El hecho de que se realice a través de imágenes es un aspecto a destacar puesto que se ponen en juego formas del lenguaje no verbal que intentan fomentar y sustituir el lenguaje oral. Los niños que presentan TEA, frecuentemente tienen grandes dificultades para usar el lenguaje expresivo.

Es por esto que el PECS tiene como objetivo principal enseñarle a la persona no vocal a comunicarse de manera funcional.

Tomando en cuenta a Alcantud (2013), en esta intervención se trabaja desde los inicios de la comunicación con el niño, y se aplica inicialmente con ayuda del adulto al brindarle pictogramas<sup>3</sup> de complejidad ascendente, que luego el niño/a deberá señalar para obtener el resultado deseado. Las imágenes suelen ser sencillas de utilizar para alumnos con TEA debido a que son imágenes muy representativas de la realidad. Este sistema se divide en fases, comenzando con el señalamiento de imágenes sueltas para obtener un objeto o situación deseada hasta el uso de estructuras gramaticales y semánticas complejas que refieren a diversas funciones comunicativas.

En acuerdo con Córdova (2011), entendemos que el PECS persigue como objetivo inicial la espontaneidad comunicativa por parte del niño/a y a lo largo de su incorporación se trabajan varias habilidades comunicativas. Asimismo, permite el aprendizaje de la comunicación de necesidades básicas y de estrategias para la interacción.

#### **- Intervenciones basadas en la familia**

Las características que presenta el diagnóstico de TEA suelen implicar ciertos desafíos en el día a día para los padres. Por lo tanto, son relevantes las intervenciones que brindan diferentes herramientas y estrategias para poder relacionarse con sus hijos.

Siguiendo a Alexia Rattazzi (2016), a este tipo de intervenciones se las piensa como complementarias al abordaje integral específico que reciben los niños con TEA. Sin pretender adjudicar a los padres el rol de terapeutas ni sustituir las intervenciones especializadas, el objetivo de estas intervenciones es dar herramientas a los padres para que puedan ofrecer a sus hijos un ambiente de desarrollo óptimo.

De acuerdo a Mulas et al. (2010), su fundamento se basa en destacar la importancia de incluir a la familia en el tratamiento, ya que aportan entrenamiento, información y soporte a todos los miembros de la familia. En relación a esto, Alcamí Pertejo et al. (2008), menciona que debemos indagar hasta dónde la familia comprende las limitaciones que presenta su hijo, el conocimiento previo que han recibido sobre su condición, los miedos, fantasías y expectativas de los padres, y el grado de información que parecen ser capaces de elaborar o

---

<sup>3</sup> Los pictogramas son sistemas no verbales de comunicación. El sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS), en el que los niños deben dar una imagen o dibujo para pedir un objeto o solicitar realizar una actividad, tiene mucho éxito porque se rige por reglas muy claras y aprovecha la capacidad de sistematización de los autistas (Baron-Cohen, 2010, pp.152-153).

resignificar. Haciendo alusión a las palabras de Martínez et al. (2008), ya mencionadas al inicio de este trabajo, son numerosos los factores que van a influir en el transcurso del proceso, pero es útil conocer las etapas y tenerlas en cuenta, puesto que ignorar este camino va a influir en el resto de las acciones que llevarán a cabo los profesionales.

Se destacan, dentro de esta intervención, el Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (tratamiento mediado por padres focalizado en la comunicación, PACT) y los Programas del Centro Hanen, que desarrollaremos a continuación en base a la lectura de Rattazzi (2016).

El PACT se enfoca en mejorar la comunicación y la interacción social del niño a través de la adaptación del estilo de comunicación de los padres hacia él. Los objetivos de esta intervención, de acuerdo a la autora, se basan en aumentar la sensibilidad y responsividad del padre a la comunicación del niño, reduciendo las respuestas inoportunas y promoviendo estrategias como rutinas de acción, lenguaje familiar repetitivo y pausas. A fin de evidenciar los resultados de esta intervención, se demostró que tiene efectos positivos en la comunicación entre padres e hijos, la iniciación de la interacción social por parte del niño y la atención conjunta entre padres y niños (Rattazzi, 2016).

Por otro lado, en los programas del Centro Hanen, organización canadiense dedicada al tratamiento de niños con problemas de comunicación, los padres aprenden cómo se comunica el niño, cómo aprovechar su perfil de aprendizaje, qué lo motiva a comunicarse, por qué se comporta de cierta manera y qué se puede hacer para aumentar o disminuir esas conductas, cómo convertir las actividades cotidianas en oportunidades para aprender a comunicarse, entre otras. Los resultados que se han evidenciado a partir de un estudio que se hizo para medir la efectividad de este programa en niños con TEA mostraron que, después de una intervención de tres meses y medio por parte de los padres, aumentaba la respuesta parental y también que un subgrupo de niños aumentaban su nivel de comunicación (Rattazzi, 2016)

En síntesis, dadas las características de este vínculo tan particular, consideramos imprescindible la presencia de los padres en los programas de intervención en TEA como elemento fundamental en la obtención de buenos resultados en el desarrollo del niño, favoreciendo al vínculo de apego, desde la adquisición de herramientas que permitan posibilitar el incremento de su autonomía y por consiguiente una mejor calidad de vida para él y su familia.

### **- Intervenciones combinadas**

Algunas intervenciones combinan elementos de métodos conductuales y evolutivos, por lo que generalmente resultan más eficaces (Mulas et al., 2010). Dentro de esta categoría

se destacan el modelo SCERTS, el modelo de tratamiento y educación de niños autistas y con problemas de comunicación (TEACCH, por su sigla en inglés), el modelo Denver y el modelo LEAP. Desarrollaremos a continuación el modelo TEACCH.

De acuerdo a Alcamí Pertejo et al. (2008), no se trata de un método de tratamiento sino de una oferta de múltiples servicios entre los que se incluyen programas de apoyo, escolarización, ocio, inserción laboral, ayuda a familias, entre otros. Siguiendo a García (2008), el programa TEACCH tiene como finalidad proporcionar a los niños con TEA ambientes estructurados, predecibles y contextos directivos de aprendizaje, pero, a su vez, pretende la generalización de estos aprendizajes a otros contextos de la vida, auxiliando a preparar a las personas a vivir y trabajar de manera más eficaz en el hogar, en la escuela y en la sociedad. En contraposición al método ABA, el TEACCH utiliza estrategias educativas que se adaptan al modo de funcionamiento de los niños con TEA ya que “promueven la estructuración de un entorno y el empleo de un sistema de comunicación con ayuda de pictogramas (Maleval, 2012, p. 32). En esta misma línea, retomamos el planteo de Alcamí Pertejo et al. (2008), el cual menciona que el énfasis está en mejorar las habilidades del niño con TEA y en modificar el ambiente para la acomodación a sus déficits.

Para finalizar con lo propuesto, lo anteriormente mencionando nos remite a la frase utilizada al inicio de esta monografía de Rivière (1999, s/p): “Necesito más orden del que tú necesitas, más predictibilidad en el medio que la que tú requieres. Tenemos que negociar mis rituales para convivir”. Lo que se pretende es que el niño con TEA no sea el único que tenga que adaptarse al ambiente, sino que este también pueda adaptarse a las necesidades propias de cada caso singular, a fin de que pueda vivir una vida con la mejor calidad posible acondicionada a sus necesidades.

De acuerdo a Mulas et al. (2010), el programa TEACCH consta de cinco componentes: centrarse en el aprendizaje estructurado, uso de estrategias visuales para orientar al niño y para el aprendizaje del lenguaje e imitación. Asimismo, el aprendizaje de un sistema de comunicación basado en gestos, imágenes, signos o palabras impresas. Y el aprendizaje de habilidades preacadémicas y trabajo de los padres como coterapeutas.

Cabe destacar que actualmente el método TEACCH es el programa de educación especial más usado en todo el mundo y existe evidencia de su validez en mejorar habilidades sociales y de comunicación, reduciendo conductas maladaptativas, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el estrés familiar (Mulas et al., 2010). Sin embargo, este autor hace hincapié en la no existencia de suficientes estudios controlados y bien diseñados que hayan podido demostrar su eficacia con exactitud, por lo cual precisa aún de una validación científica.

## - Intervención posible desde el psicoanálisis

Thomas (citada en Cabrera, 2020), expresa que antes de proponer cualquier explicación psicoanalítica del autismo hay que preguntarse si realmente los analistas deben intervenir en el fenómeno autista, ya que, desde su teoría, es un fenómeno construido en un campo opuesto al del psicoanálisis. Para esta autora, los analistas han metido mano al fenómeno del autismo de forma acrítica y poco prudente, sin tener en cuenta las coordenadas de surgimiento de la invención de Kanner (Cabrera, 2020).

De acuerdo a Thomas, para que esta corriente pueda abordar al autismo debe darse cierto proceso de repensamiento, donde el psicoanálisis y el autismo puedan verse interpelados en sus concepciones fundamentales. Siguiendo a Andrea Hegoburu (2019) en su Tesis de Maestría, *El método psicoanalítico: su aplicación en el diagnóstico y tratamiento del autismo en la infancia*, desde esta corriente teórica el sujeto no puede ser reducido a un objeto de diagnóstico, sino que, por el contrario, en la medida en que se traza una proximidad con el analista se produce una apertura de lo singular, dejando de lado los manuales diagnósticos.

Ahora bien, la persona que tiene TEA, “tiene su propio mundo” constataba Lacan (citado en Maleval, 2011, p. 11) en relación al caso Dick<sup>4</sup> y concluía diciendo “como él no nos dice nada al respecto, no tenemos ningún medio para penetrar allí”.

En relación a esto, cabe destacar que cuando el analista de orientación lacaniana trabaja con un niño con TEA, su tarea será la de ubicar y/o provocar algo que le posibilite salir del encapsulamiento, es decir, introducir elementos nuevos, localizar un borde y lograr flexibilizarlo para construir neo-bordes (Hegoburu, 2019). Precisamente. siguiendo al psicoanalista Jean-Claude Maleval (2012), los planteamientos que tienen en cuenta la subjetividad tienen consecuencias profundas de tratamiento, ya que no obstaculizan la escucha y no se focalizan en una parte del funcionamiento del sujeto, permitiendo así la valorización del niño con TEA desde una visión no deficitaria, sino como un niño capaz e inteligente, entorpecido por sus angustias. Esto se puede interpretar como una crítica hacia

---

<sup>4</sup> De acuerdo a Klein, Dick era: “un niño de 4 años que por la pobreza de vocabulario y desarrollo intelectual estaba al nivel de un niño de 15 a 18 meses. Carecía de afectos y se mostraba indiferente a la presencia o ausencia de su madre o niñera. Pocas veces manifestaba angustia e intereses, no jugaba, no tenía contacto con su medio, articulaba sonidos ininteligibles y repetía constantemente ciertos ruidos [...] El obstáculo fundamental que detecta Klein para establecer contacto es que en Dick el simbolismo no se había desarrollado, es decir, no existía en su mente ninguna relación afectiva o simbólica con los objetos de su ambiente” (Klein, citada en Duguech, 2010, p. 167).

los métodos del modelo médico, ya que estos, según la corriente psicoanalítica, reducirían al niño a sus comportamientos.

A fin de evidenciar su eficacia, se constata la experiencia recogida en instituciones cuyos métodos se originan en el abordaje psicoanalítico, exponiendo que el sujeto con TEA:

Aprende a menudo, e incluso mejor, por la tangente que cuando es confrontado directamente y sin escapatoria posible a la tarea en cuestión. Aunque tenga la apariencia de estar ausente, observa y aprende a través de los otros niños, y luego podrá reproducir lo que ha visto hacer a otros (Maleval, 2012, p. 37).

Por lo expuesto, en relación al abordaje del psicoanálisis como intervención posible ante el diagnóstico de TEA es que lo considero como uno de los métodos pertinentes de tratamiento, puesto que permite ver al sujeto desde su singularidad, dejándolo ser quien es realmente, con todo lo que trae, con todo lo que implica su trastorno, con sus intereses, dificultades, sus estereotipias, buscando rescatar la singularidad del sujeto, no desde la negación de su vida psíquica sino entendiendo al TEA como una forma más de habitar el mundo. Asimismo, en relación al lugar de la familia en el tratamiento psicoanalítico, Hegoburu (2019) expresa que el psicoanálisis ha destacado la inclusión de los padres como pieza fundamental en el tratamiento de los hijos, no considerándolos a estos como culpables por la condición subjetiva que presenta su hijo.

### **¿Qué método de intervención es el más eficaz?**

Para responder a la pregunta nos basaremos primeramente en los postulados de Valdez (2016), quien considera al TEA como plural y diverso, acercándose y alejándose de los prototipos según cada caso, cada persona y cada subjetividad. Sostiene que no hay un solo tipo de autismo, que los síntomas se manifiestan de formas diferentes en cada individuo y que su evolución sigue variadas trayectorias y caminos. Esto nos remite a lo expuesto en el capítulo 2 acerca de que el diagnóstico aislado no es suficiente, debido a que brinda poca información ya que, como vimos siguiendo a Bernardi (2014), dos sujetos distintos pueden tener un mismo diagnóstico, aunque la forma de vivirlo sea muy diferente y sean aconsejables distintas estrategias terapéuticas en cada situación. Por lo tanto, nos posicionaremos en el punto de partida de que hay múltiples TEA, es por esto que el método de intervención más eficaz será el que se adapte mejor al entorno y a las características de cada caso en particular, puesto que ante la complejidad de dicho trastorno se necesita una mirada interdisciplinaria en conjunto de un abordaje integral.

Siguiendo a Valdez (2016), consideramos que la intervención no debe centrarse en los programas sino en las personas y su singularidad, privilegiando así la planificación centrada en la persona y sus posibilidades de aprendizaje y desarrollo.

Coincidimos con lo que plantean Mulas et al. (2010) con respecto a que la intervención en los niños con TEA debe seguir un modelo multidisciplinario, que involucre no solo a los diversos especialistas (neurólogos, psicólogos, logopedas, etc.), sino también a la familia, al entorno educativo y a la sociedad.

En esta línea, una de las personas con TEA de alto nivel más conocidas, Donna Williams, expresa que el mejor abordaje sería el que no sacrificara la individualidad y la libertad del niño a la idea que se hacen de la respetabilidad y de sus propios valores los padres, los profesores y sus consejeros (Maleval, 2012).

Thomas, citada en Arévalo, Mórtola y Novas (2016), plantea que una propuesta para encontrar otra posición de trabajo con los niños es que no se trate solo del aprendizaje y de adiestramiento, ya que eso no es el trabajo de los analistas. A su vez, menciona que, si los comportamentalistas lo hacen, sería bueno que dieran lugar para que haya otra cosa al lado, y no solo a las estrategias que tienen la hegemonía en la actualidad. Es por esto que nos adherimos a las palabras de Thomas (2014), pertinentes a la hora de pensar el diagnóstico de TEA desde una visión multidisciplinaria e integral:

Hay que usar lo que ya está, hay muchas cosas; faltan muchas pero lo que ya está, está bien, hay que usarlo. Está bien en la medida en que no haya una corriente que quiera imponerse, y destruir a otras. La multidisciplinariedad me parece un... mundo. Es así, vivimos en un mundo que está lleno de cosas multidisciplinarias, entonces, no podemos inventar otras cosas para los niños que se llaman autistas, porque entonces los encerraríamos aún más [...]. Hay que poder trabajar con lo que se tiene, eso permite ser más livianos y más inventivos que estar todo el tiempo tratando de transformar todo (Thomas, 2014, s/p.)

En conclusión, retomando a Mulas et al. (2010), no existe unanimidad en cuanto al método de intervención más eficaz, pues este debe adaptarse al entorno y a las características individuales de cada sujeto. Debido a la gran heterogeneidad de los casos y a la dificultad en comparar las intervenciones, resulta complejo recomendar, en base a la evidencia científica, un método u otro. Sin embargo, se cree que las intervenciones combinadas realizadas en ambientes estructurados, pueden incidir de manera positiva en la adquisición de nuevas habilidades en los TEA (Mulas et al., 2010).

Revisar algunos de los tipos de intervención en niños con TEA que ayudan a los padres a contar con las herramientas y estrategias necesarias para interactuar con sus hijos y

alertar sobre la importancia de ciertos aspectos, que pueden aliviar en algo la situación familiar, fue el motivo por el cual escribí este capítulo. A lo largo de esta monografía, y tomando en cuenta los diferentes aportes de los autores mencionados, podemos sintetizar que el tratamiento de los niños con TEA debe ser singular, integral y multidisciplinario.

## **CAPÍTULO 6: Producción nacional acerca de las intervenciones en personas con TEA**

En este capítulo abordaremos algunas producciones, e investigaciones a nivel nacional e institucional acerca de las intervenciones en personas con TEA. A modo de ejemplo, se mencionará un curso de la Facultad de Psicología (Udelar): la Práctica de Graduación “Intervención Institucional en TEA”, una tesis de maestría *El uso de recursos musicales en la comunicación de niños con trastornos de Espectro Autista* (Larrosa, 2015) y un artículo, “Talleres terapéuticos para niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista: estrategias y posibilidades durante la pandemia de COVID-19” (Camparo et al.,

### **Curso: Intervención Institucional en TEA (Práctica de Graduación)**

La práctica se ofrece a partir de dos programas: Programa Discapacidad y Calidad de Vida, del Instituto Fundamentos y Métodos en Psicología, y Programa de Desarrollo Psicológico y Psicología Evolutiva, del Instituto de Psicología de la Salud. Se encuentra a cargo del equipo docente conformado por Dinorah Larrosa, Daniel Camparo y Cecilia Hontou. Consta de una propuesta que integra las funciones de extensión e investigación en el marco del dispositivo de enseñanza. Es desde este marco que se logran generar acuerdos entre distintas instituciones: la Facultad de Psicología, el Equipo de Detección, Diagnóstico e Intervención en Trastornos de Espectro Autista (EDDITEA) del Departamento de Neuropsiquiatría Pediátrica del Hospital Policial y el Espacio de Coordinación y Atención Nacional en Discapacidad (CANDI), del Ministerio del Interior. Los objetivos formativos de esta práctica son: brindar herramientas teórico técnicas en la intervención con niños con Trastornos de Espectro Autista, acercando al estudiante al abordaje de esta problemática en el campo institucional.

### **Tesis de maestría en Psicología Clínica: “El uso de recursos musicales en la comunicación de niños con trastornos de Espectro Autista”, Larrosa (2015).**

El trabajo de la docente Dinorah Larrosa en su tesis se basó en el estudio de la eficacia del uso de recursos musicales en el tratamiento de personas con TEA, en el ámbito de la clínica y la educación. De acuerdo a Larrosa (2015) en este estudio se aplicó un plan de

intervención, a través del uso de recursos musicales donde se programó un dispositivo que consistió en 12 sesiones de 30 minutos, con 2 niños evaluados con diagnóstico de TEA, que concurren a un centro de asistencia en Montevideo (el Instituto Psicopedagógico Uruguayo, IPPU).

En relación a los objetivos planteados en dicho estudio, se comprobó que la música es facilitadora de los procesos de comunicación, ya que promovió el desarrollo de habilidades precursoras de la comunicación, tales como: atención conjunta, la imitación, la capacidad de anticipación, la respuesta emocional al otro, y la actividad compartida (Larrosa, 2015).

**Artículo: “Talleres terapéuticos para niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista: estrategias y posibilidades durante la pandemia de COVID-19” (Camparo et al, 2021)**

Los primeros casos de COVID-19 en Uruguay traen consigo el decreto de emergencia sanitaria. Al respecto, se ve interrumpido el funcionamiento del dispositivo institucional para niños y niñas con autismo, que se compone por talleres terapéuticos coordinados por estudiantes de Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Camparo et al., 2021). Este artículo presenta la experiencia de tratamiento institucional de niños y niñas con TEA en modalidad virtual durante la pandemia (Camparo et al., 2021). Las conclusiones obtenidas fueron que la adaptación a dicha modalidad permitió la implementación de herramientas tecnológicas que posibilitaron recrear condiciones similares al dispositivo presencial. Este cambio de modalidad requirió acciones para flexibilizar el encuadre y el empleo de nuevos recursos, como videos anticipatorios y sesiones preparatorias individuales:

podemos concluir que, a pesar de los desafíos y dificultades, los talleres terapéuticos de modalidad virtual son posibles de ser realizados. Es por esto que coincidimos con lo que plantean los autores: los desafíos y riesgos que este movimiento conlleva seguramente implicarán cambios en nuestras estrategias de abordaje, pero no tienen por qué ir en desmedro de nuestra capacidad de propiciar a estos sujetos un encuentro creativo con el otro (Camparo et al., p. 278).

Para finalizar, consideramos relevantes las producciones, artículos e investigaciones realizadas a nivel institucional acerca de las intervenciones en personas con TEA, puesto que evidencian parte del trabajo elaborado tanto por docentes como estudiantes que se han dedicado al estudio y profundización de esta temática desde distintas ópticas.

## Reflexiones finales

A raíz de la revisión bibliográfica realizada, se desarrollan las principales reflexiones que sintetizan los ejes más importantes del presente trabajo monográfico.

Mediante este recorrido, se ha intentado repensar el diagnóstico de TEA, sus repercusiones en el sistema familiar y las estrategias de intervención. Se parte del desarrollo del concepto "autismo" a lo largo de la historia, tomando en cuenta las dos perspectivas teóricas: por un lado, la médico-psiquiátrica basada en el diagnóstico y, por otro lado, el psicoanálisis, planteado desde la teoría de Marie Claude Thomas, quien propone leer al autismo desde una visión multidisciplinaria e integral, más allá de la psicología, de la psicopatología y del individuo.

En el segundo capítulo se abordan las vicisitudes en torno al diagnóstico de TEA y las tensiones puestas en juego en el núcleo familiar, resultando relevante reflexionar acerca del significado que le otorgan desde las diversas teorías expuestas. Se cuestiona si el diagnóstico produce alivio o es una forma de etiquetar y condicionar la vida del niño. En relación a esto, nuestra postura es considerar que los diagnósticos pueden ser de suma relevancia, puesto que la identificación precoz del niño con TEA permitiría el comienzo temprano de la terapia, a fin de brindar las mejores herramientas para manejar el estrés familiar y mejorar la calidad de vida del niño desde edades tempranas. Por otro lado, tomando en consideración los aportes del psicoanálisis también es relevante dar respuesta al padecimiento del sujeto.

Debido a que el TEA es un fenómeno multicausal, mi postura es abierta a la perspectiva teórica que se adapte mejor al entorno y a las características de cada individuo en particular, ya sea tomando los aportes del modelo médico-psiquiátrico y/o del psicoanálisis.

En el tercer capítulo se desarrolla la teoría del apego planteándose la siguiente pregunta: ¿es el niño/a con TEA capaz de establecer patrones de apego seguros? Consideramos importante integrar esta temática en tanto repercusión en el sistema familiar, contemplándola como un elemento constitutivo de la relación madre e hijo. Como comentábamos en el mismo capítulo, durante mucho tiempo se cuestionó si los niños con TEA desarrollaban conductas de apego. Se creía que no, que eran incapaces de establecer lazos afectivos con sus cuidadores principales y esto repercutía negativamente en el sistema familiar. Sin embargo, se han mencionado estudios empíricos que demuestran lo contrario. En relación a esto, Stone, citado en Cerro y Trenchi (2007), comenta que la expresión conductual de su apego puede asumir una forma diferente de la que se ve en otros niños; por ejemplo, pueden demostrar cambios afectivos sin buscar proximidad o contacto físico. Es fundamental que los padres sean conscientes de esto para poder seguir avanzando en el proceso.

Esta monografía da cuenta de cómo el diagnóstico de TEA repercute en el sistema familiar. Es por esto que estas tensiones deberán ser abordadas desde las diversas perspectivas teóricas a fin de trabajar las emociones que los atraviesan, promover la mejor calidad en los vínculos y, por consiguiente, el desarrollo integral del niño.

En relación al último capítulo del trabajo (capítulo 4), donde me cuestiono cuál es el método de intervención más eficaz, nos posicionamos en el punto de partida de que hay múltiples TEA. Es debido a esto que coincidimos y retomamos los aportes que plantean Mulas et al. (2010) con respecto a que la intervención en las personas con TEA debe seguir un modelo multidisciplinario, que involucre no solo a los diversos especialistas (neurólogos, psicólogos, logopedas, etc.), sino también a la familia, al entorno educativo y a la sociedad. Es importante recalcar la importancia de la familia en el tratamiento, puesto que el niño se encuentra inmerso en un contexto determinado, se plantea la necesidad como profesionales de brindar la información, sostén y educación emocional a los padres a fin de saber cómo tratar a sus hijos, para comprender los síntomas y signos que presenten y para acompañarlos en este proceso donde predomina el estrés, la angustia, la desinformación y la culpabilización.

Sería pertinente seguir profundizando y realizando estudios e investigaciones acerca de esta temática, que a pesar de ser actualmente tan estudiada y de gran interés para la sociedad y profesionales, aún tiene muchas preguntas por responder. De eso se trata: de seguir capacitándose para ejercer nuestro rol como futuros psicólogos desde la responsabilidad profesional y ética a fin de brindar mejores herramientas para el abordaje integral de un tema tan complejo como este.

## Referencias bibliográficas

- Alcamí Pertejo, M., Molins Garrido, C., Mollejo Aparicio, E., Ortiz Soto, P., Pascual Aranda, A., Rivas Cambronero, E. y Villanueva Suárez, C. (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista*. Madrid: COGESIN. Recuperado de <https://www.seypna.com/documentos/2009-Comunidad-Madrid-guia-tea.pdf>.
- Artigas-Pallarès, J. y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (115), 567-587. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/08.pdf>.
- Alcantud, F. (2013). *Trastornos del espectro autista, detección, diagnóstico e intervención temprana*. Madrid: Pirámide.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*. 5ª Ed. Arlington: APA.

- Arévalo, C.; Mórtoła, V. y Novas, M. (2016). La tiranía de la universalización de la lengua. Entrevista a Marie-Claude Thomas. *Ñácate*, Montevideo, diciembre de 2016. Recuperado de <http://www.revistanacate.com/entrevistas/la-tirania-de-la-universalizacion-de-la-lengua-marie-claude-thomas/>.
- Bowlby, J. (1998). *El apego: El apego y la pérdida-1*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, E. (2005) *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza.
- Bernardi, R. (2014). La formulación clínica del caso. Su valor para la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(2), 157-172.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*: Madrid: Morata.
- Cabanyes-Truffino, J. y García-Villamizar, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Rev. Neurol.*, 39 (1), 81-90.
- Cabrera, C. (2020). *Autismo y Psicoanálisis. Un enfoque que busca rescatar al sujeto en su singularidad* [trabajo final de grado]. Facultad de Psicología-Universidad de la República (Uruguay).
- Cadaveira, M. y Waisburg, C. (2014). *Autismo. Guía para padres y profesionales*. Buenos Aires: Paidós.
- Camparo, D., Macías, M. V., Mosca, B., Álvez, M., Hontou, C. y Larrosa, D. (2021). Talleres terapéuticos para niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista: estrategias y posibilidades durante la pandemia de COVID-19. *Estilos da Clínica*, 26 (2), 265-282.
- Cherro, M. A. y Trenchi, N. (2007). El apego y la familia de los niños con trastornos del espectro autista (TEA). *Psicopatología*, 9, 33-41.
- Córdova, S. V. (2011). *Eficacia del sistema PECS para la superación de las limitaciones comunicacionales y de lenguaje en personas con diagnóstico de autismo* [Informe final del Trabajo de Grado Académico]. Universidad Central del Ecuador.
- Cuxart, F. (2000). *El autismo. Aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga: Aljibe
- De Souza, L (2008). La consulta psicológica. En Añon, G. Couso, M. De Souza, L.
- Duguech, Gabriela (2010). El caso Dick y los tres registros de Jacques Lacan [ponencia] // *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fernández, P. A. (2015). *Subjetividades en debate: deconstruyendo los autismos y sus complejidades* [monografía de grado]. Facultad de Psicología-Universidad de la República (Uruguay).

- Fernández, P. V. (2018). *Estudio sobre el desarrollo de la comunicación a través de la música en niños con TEA*. [monografía de grado]. Facultad de Psicología-Universidad de la República (Uruguay).
- Guimón, J. (2006). Cuarenta años de crisis en la psiquiatría. *Avances en Salud Mental Relacional. Revista Internacional on-line*, 5 (3), s/p. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/28184272\\_Cuarenta\\_anos\\_de\\_crisis\\_en\\_la\\_Psiquiatria](https://www.researchgate.net/publication/28184272_Cuarenta_anos_de_crisis_en_la_Psiquiatria).
- García, A. (2008). *Espectro autista: definición, evaluación e intervención educativa*. Mérida: Junta de Extremadura.
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 35. Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3503/sm3503257.pdf>.
- Grañana, N (2014). *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista*. Buenos Aires: Paidós.
- González-Duro, E. (2015). ¿En defensa de la salud mental? Otra impostura para la psiquiatría. Recuperado de [https://books.google.com.uy/books?id=fE\\_kBgAAQBAJ&pg=PT82&lpq=PT82&dq=la+reforma+en+#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.uy/books?id=fE_kBgAAQBAJ&pg=PT82&lpq=PT82&dq=la+reforma+en+#v=onepage&q&f=false).
- Hegoburu, A. (2019). *El método psicoanalítico: su aplicación en el diagnóstico y tratamiento del autismo en la infancia* [tesis de maestría]. Facultad de Psicología-Universidad de la República (Uruguay).
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Centro de publicaciones educativas y material didáctico.
- Kanner, L. (1951). *Tratado de Psiquiatría Infantil*. Santiago de Chile: Zigzag.
- Larrosa, D. (2015). *El uso de recursos musicales en la comunicación de niños con trastornos de espectro autista*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
- Lovisoló, T. (17 de abril de 2015). *El Tribuno*. Recuperado de <https://www.eltribuno.com/salta/nota/2015-4-17-0-10-0-gustavo-stiglitz-hay-tantos-tipos-de-autismo-como-autistas-hay-cada-caso-es-unico-autismo>
- Mendiola, M. R. (2005). Teoría del apego y psicoanálisis. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (20), 17. Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000539&a=-Teoria-del-apego-y-psicoanalisis>.
- Martínez Martín, M. Á y Bilbao León, M. C. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 215-230.

- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L. y Téllez, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50 (3), 577-584.
- Maleval, J. (2011). *El autista y su voz*. Madrid: Gredos.
- Maleval, J. (2012). *¡Escuchen a los autistas!* Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Muniz Martoy, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 3 (2), 135-154. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/165/156>
- Míguez, M. N. (2015). *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinaria*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos.
- Montañés, M. (2015). Su hijo es autista. Un análisis crítico desde la realidad. En S. Angulo, S. Díaz, A. P. Gómez, M. N. Míguez, A. Planel, F. Aguilera, M. Minteguiaga, *Infancia y discapacidad. Una mirada desde las Ciencias Sociales en clave de derechos* (pp. 151-166). Montevideo: FCS (Udelar)-GEDIS.
- Rivière, Á. (2001) *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trotta.
- Rivière, Á. (2001). ¿Qué nos pediría un autista? Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, ISSN 0210-1696, Vol. 32, (193), 40-41.
- Rodríguez, E. (2005). La necesidad de considerar a la familia de las personas con trastornos del espectro autista (TEA) en el diseño de los servicios. *Revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 12, 121-130.
- Rattazzi, A. (2016). El rol de las intervenciones mediadas por padres en los trastornos del espectro autista: el papel central de las familias. En Valdez, D. (comp.) (2016). *Autismos. Estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo* (pp. 130-143). Buenos Aires: Paidós.
- Rimbau Lanzaro, L. y Herrera López, F. (2017). *Aproximación a la actualidad de la inclusión de niños con TEA en Uruguay* [monografía de grado]. Escuela Universitaria de Tecnología Médica-Facultad de Medicina-Universidad de la República (Uruguay).
- Redondo, L. (2018). *Dificultades en el establecimiento de vínculos de apego seguros en niños con trastorno del espectro autista* [trabajo final de grado]. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/22314/TFG-Redondo%20Urbieta%2c%20Leire.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salvadó Salvadó, B., Palau Baduell, M., Clófent Torrentó, M., Montero Camacho, M. y Hernández Latorre, M. A. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 54 (1), 63-71.
- Tendlarz, S. (2004). *¿De qué sufren los niños? La psicosis en la infancia*. Buenos Aires: Lugar.

- Thomas, M.C. (2014). *Seminario Genealogía del autismo*. Recuperado de <https://www.centropsicoanaliticomadrid.com/publicaciones/revista/numero-31/articulo-seminario-genealogia-del-autismo/>.
- Valdez, D. (2016). *Autismos. Estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo*. Buenos Aires: Paidós.
- Vasen, J. (2019). *Autismos: ¿espectro o diversidad?: familias, maestros y profesionales ante el desafío de repensar etiquetas*. Buenos Aires: Noveduc.
- Wing L. (1998). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Buenos Aires: Paidós.