

*“EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO EN
PADRES DE NIÑOS CON
AUTISMO.”*



Joaquín Andrés Barceló Giménez

Tutora: Prof. Adj. María Mercedes Couso Lingeri

Montevideo. 29 Febrero 2016.

AGRADECIMIENTOS:

A todas las personas que me acompañaron en estos 5 años como estudiante y que me ayudaron a lograr un objetivo clave en mi vida.

A Mercedes, que con su paciencia y conocimientos me pudo guiar y acompañar en el proceso de creación de esta monografía.

A Ruben García, quien sin conocerme me recibió en su trabajo y contestó mis consultas. Supo brindarme sus conocimientos para que yo pueda realizar este trabajo; una muestra de amabilidad que sin dudarlo tomaré para mi futuro profesional y personal.

ÍNDICE.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Resumen | Pág.1 |
| Justificación | Pág.1 |
| 1. Revisión histórica y etimológica del término Autismo | Pág.2 |
| 1.1 Un acercamiento al trastorno del espectro autista, pensado desde las patologías adultas..... | Pág.3 |
| 1.2 El autismo como síntoma específico de la esquizofrenia..... | Pág.3 |
| 1.3 Un acercamiento al Trastorno del Espectro Autista, pensado desde las patologías infantiles..... | Pág.5 |
| 1.4 Revisión caracterológica del niño con Autismo planteada entre los 60 y 80: la fuerte impronta de la corriente conductual y psicoanalítica..... | Pág.6 |
| 1.5 Los avances contemporáneos: las Neurociencias, una Teoría de la Mente, y La teoría del Ser..... | Pág.9 |
| 1.6 El autismo comprendido desde la Teoría del Ser..... | Pág.11 |
| 1.7 DSM y las consideraciones sobre el Autismo: desde una perspectiva Norteamericana..... | Pág.14 |
| 2. Diagnóstico e Impacto en la Familia | Pag.15 |
| 2.1 La comunicación en la familia del niño autista..... | Pág.16 |
| 2.2 Respondiendo a la crisis del Diagnóstico..... | Pág.17 |
| 3. El Hijo Autista y el Vínculo Familiar | Pag.20 |
| 4. La importancia de las intervenciones y el lugar del Psicólogo Clínico frente a niños autistas y su familia | Pág.22 |
| 4.1 Intervenir el Autismo para construir el Sujeto..... | Pág.23 |
| 4.2 Abordaje y aportes para la superación de la crisis en los padres..... | Pág.26 |

5. Reflexiones Finales.....Pág.29

Bibliografía.....Pág.32

RESUMEN:

La presente monografía queda contextualizada dentro del marco de Trabajo Final de Grado (TFG) de la Universidad de la República (UdelaR) - Facultad de psicología.

Se realiza una aproximación al estado del arte del concepto de Trastorno del Espectro Autista, marcando una recorrida histórica que permita al lector dar cuenta de las distintas concepciones que se tienen del término, los aportes y avances que hay con respecto al mismo. El objetivo de esta monografía es lograr hacer camino con respecto al impacto que genera en la familia recibir un diagnóstico de Autismo en un hijo. Se realiza una aproximación a las repercusiones que esto genera dentro del núcleo familiar por la importancia que tiene poder conocer la compleja realidad en la que la familia se ve implicada. Por último, se toman aportes de distintos autores que son considerados relevantes para hablar y pensar sobre las intervenciones del Psicólogo en la clínica con niños Autistas y la familia de los mismos.

Palabras Claves: T.E.A. Diagnóstico. Familia. Intervenciones. Psicólogo Clínico.

JUSTIFICACIÓN:

Este trabajo se ve impulsado por mi experiencia como Docente en primaria, al observar las dificultades de inclusión de la discapacidad en el seno de las instituciones educativas. Por otra parte, dentro de la experiencia como estudiante de la Licenciatura de Psicología curse una materia optativa sobre una aproximación al Trastorno del Espectro Autista, temática que atrapo mi interés al pensar un lugar posible para estos niños en el sistema educativo.

Considero que las imposibilidades inclusivas que se gestan dentro de las instituciones y las reacciones o comportamientos de la sociedad, se pueden ver mejor condicionados si se busca generar un verdadero interés por el conocimiento del trastorno y se intenta conocer un poco más el mundo del autista.

La direccionalidad que se le dio a esta monografía, deviene de considerar que para lograr una mayor inclusión y reafirmación de la pluralidad de sujetos dentro de una misma sociedad, es imprescindible reconocer en primera instancia, las implicaciones que la discapacidad tiene en el seno familiar, cómo esta determina diferentes formas de relacionarse dentro de la familia, las características de los sujetos que la padecen, las distintas formas explicativas y de intervención con las que se cuenta en determinadas áreas del ámbito científico y pedagógico.

Desde el rol como futuro profesional, realizar una monografía que permita dar cuenta de lo que acontece con respecto al tema en nuestra disciplina, es interesante y motivador para seguir conociendo sobre el Autismo. En la clínica de niños es de suma importancia el investigar sobre el tema y hacer aportes que amplíen las miradas de las distintas disciplinas a la hora de pensar las estrategias de intervención e integración social.

1-REVISIÓN HISTÓRICA Y ETIMOLÓGICA DEL TERMINO AUTISMO

*"A primeira condição para modificar a realidade
consiste em conhecê-la."*

Galeano, E. (2006) Las venas abiertas de América Latina. (p.341).

La idea central de este apartado es introducir al lector en cómo se fue conceptualizando el concepto de autismo, como particularmente lo fui entendiendo. Se parte de las patologías psíquicas adultas, caracterizando el mundo autista, como repliegue del Yo en el Esquizofrénico. El recorrido bibliográfico y temporal que realizo, se centra en la idea de poder diferenciar las características que el Trastorno del Espectro Autista presenta en los niños, la sintomatología, la subjetividad particular que desarrolla y el déficit en las diferentes áreas que se plantea.

Se hace interesante pensar la mente del niño autista o cómo se da el proceso de mentalización que se desarrolla en estas patologías, los aportes de las distintas teorías que se interesan hasta la actualidad por explicar este fenómeno, dejando a mi entender más preguntas que respuestas al momento de intentar conocerlo.

1.1 Un acercamiento al trastorno del Espectro Autista, pensado desde las patologías adultas.

El término Autismo es utilizado por primera vez por Eugen Bleuler, en su obra “Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias”, publicada en el año 1911.

En esta obra Bleuler plantea que la esquizofrenia es una afección fisiógena de base orgánica y que la misma posee una estructura psicógena, toma aportes de Freud, resaltando la importancia que éste le daba a la afectividad al momento de trabajar con pacientes con trastornos psiquiátricos, y cómo esto ayudaba a la regulación del enfermo. Bleuler (1911) describe cómo la funcionalidad del pensamiento se sostiene mediante la asociación de ideas e imágenes que están basadas en las experiencias afectivas y ordenadas en torno a un fin.

Dicho autor toma los aportes de Kraepelin (1896) cuando habla de Demencia precoz, y lo extiende al hablar de grupos de psicosis cuya particularidad es la escisión de las funciones psíquicas- quedando éstas independientes unas de las otras y funcionando de manera disociada. Dentro de su descripción marca al autismo, como *síntoma* específico de la esquizofrenia. Este término proveniente etimológicamente de la palabra griega “autos” que significa “si mismo” y es la contracara del término “otro”.

1.2 El autismo como un síntoma específico en la Esquizofrenia.

Para Bleuler (1911) el repliegue hacia sí mismo, la imposibilidad de comunicación, junto, con el rechazo a todo vínculo que provenga del exterior y la creación de un mundo particularmente propio y hermético, configuraban un síntoma claro que él definió como “autismo” o “autismos”.

Clasifica los síntomas dentro de la esquizofrenia y los disgrega en: Fundamentales y Accesorios. Los primeros se subdividen en cuatro:

1). *Trastorno de asociación*: se ven interrumpidas las asociaciones de las cuales devienen las líneas de pensamiento, la combinación de eventos, así como las imágenes y palabras, no funcionan de manera adecuada. En la esquizofrenia estas imágenes se encuentran aisladas, no tienen relaciones, y es así que tanto el discurso como el pensamiento del individuo se vuelve a menudo confuso o incoherente, inentendible para quien se presenta frente al sujeto. En el transcurso de la enfermedad habría un hecho que marca el *trastorno de la asociación*; que sería la obstrucción del

pensamiento o bloqueo, como un corte transversal en la línea de pensamiento; aquí faltan todos los hilos asociativos y la cadena de pensamientos se interrumpe totalmente; esto se ve reflejado en las pausas, bloqueos, obstrucción, mutismo, incoherencia ideo-verbal.

2). *Trastorno de la afectividad*: se caracteriza por una indiferencia hacia las relaciones y eventos externos, hay una disminución de la expresión de afectos, y en ocasiones el instinto de conservación está reducido a *cero*, es así como algunas madres esquizofrénicas en ocasiones no pueden presentar dolor, o angustia con respecto a temas de salud de sus hijos. Bleuler (1911) remarca que este trastorno presenta matices y es así que en los casos más leves de esquizofrenia, la indiferencia puede estar disminuida; a su vez describe una hipersensibilidad hacia las emociones, lo que genera en el sujeto un aislamiento consciente y deliberado para evitar un contacto que pueda generarle una emoción profunda. Presentan un desconcierto frente a quien observa; la disociación de ideas y lenguaje dejan al individuo absuelto de coherencia; las palabras que expresa, el tono, los gestos, no mantienen una congruencia con la actitud que el paciente presenta. En este punto, se plantea que la esquizofrenia trae aparejado un trastorno del humor.

3). *La ambivalencia*, es una alteración que se pone de manifiesto por medio de sentimientos que se inscriben en la órbita de lo agradable y simultáneamente en lo desagradable, el paciente, quiere y no quiere tal o cual cosa y esto se traduce en una ambivalencia de voluntad. Por otro lado hay una ambivalencia de afectividad donde se pueden desvelar formas de pensamientos positivos y negativos con respecto a un mismo tema; por ejemplo, amor-odio, aceptación-rechazo (Bleuler, 1911). La afectividad y la voluntad, así como los aspectos intelectuales y corporales son los campos que se ven afectados por el fenómeno de la ambivalencia.

4). *El autismo*, Bleuler (1911) define al autismo como la inclinación a divorciarse de la realidad, manteniendo una predilección por la fantasía. Esta manifestación del esquizofrénico, compromete varias de las funciones compuestas: la atención, la voluntad y la personalidad; considerándolo causa de otros síntomas que caen en el denominado grupo de “síntomas accesorios” como ser:

Alucinaciones, ideas delirantes, perturbaciones accesorias de la memoria, despersonalización, en el lenguaje y la escritura, estados crepusculares u oníricos y síntomas catatónicos (estupor, mutismo, estereotipia, amaneramiento, catalepsia, hiperquinesia, negativismo, obediencia automática -ecolalia, ecopraxia-, automatismos espontáneos, impulsividad). (p.120)”

Dentro de la descripción que realiza, el autor, remarca que la incapacidad de relacionamiento y el retraimiento que se genera en el esquizofrénico es a partir de una premisa clave, la inaceptable idea de peligro que ronda en la realidad psíquica del paciente; el mundo externo es vivido como algo hostil.

Los pacientes se manifiestan de forma evitativa con respecto al mundo exterior, con posturas encorvadas, desviando la mirada o bien manteniendo la misma hacia abajo, aíslan sus sentidos de diferentes maneras, tapándose los oídos, realizando fonaciones sin coherencia (ecolalia), realizando movimientos bruscos o lentos pero repetitivos (ecopraxia); el estupor es un factor fundamental al que Bleuler (1911) atribuye como consecuencia del mismo el aislamiento. Las ideas delirantes, el desinterés constante, comprometen la atención hacia los eventos externos que se presentan en los esquizofrénicos y son considerados síntomas de la incapacidad para enfrentarse con la realidad y aceptarla como tal.

1.3 Un acercamiento al trastorno del Espectro Autista, pensado desde las patologías infantiles

Leo Kanner en 1934, describe el autismo a raíz de la observación de 11 niños que presentaban ciertas características en común, una clara fragilidad en el orden de lo social que denotaba un conflicto mental, adjudicado en un principio, a imposibilidades auditivas. Tras la observación se remarcó que si bien las capacidades de sociabilización y su notoria fragilidad con respecto al relacionamiento “per se” se notaban disminuidas, las capacidades cognoscitivas de los niños se mantenían de forma aceptable. El cual denominó “*autismo infantil precoz*” (Kanner, 1951, p.768).

El autor se encargó de realizar un informe sobre el entorno social del niño, las vivencias y re-configuraciones que se realizaban dentro del círculo familiar. Denota una predisposición biológicamente innata al desarrollo de dicho trastorno, aunque sus investigaciones se fueron perfilando hacia la reafirmación de las fallas en la relación diádica Madre /padre-hijo, fallas emocionales que relacionó con la falta de apego y el rechazo materno hacia el bebe recién nacido, dejando al niño al descubierto de un mundo que se presenta como peligroso, aniquilante; obligando al niño a retraerse hacia sí mismo (Kanner, 1951).

Describe dicho trastorno por: la incapacidad de comunicación, el retraimiento hacia sí mismo, ecolalia, ecopraxia, comportamientos compulsivos, trastornos del lenguaje, de la función ejecutiva, imposibilidad de control de esfínteres y presencia de conductas autolesivas entre otras.

Hans Asperger en 1944 describió un grupo de casi doscientos niños con “Psicopatología Autística de la niñez”, los cuales consideró como individuos con trastorno en el desarrollo social, semejante al que se encontraba en el autismo; estos pacientes sin embargo no tenían una notoria desintegración del lenguaje ni del nivel cognitivo, y las deficiencias se presentaban más avanzadas en la edad, aunque siempre en la infancia.

1.4 Revisión caracterológica del niño con Autismo planteada entre los 60 y 80: la fuerte impronta de la corriente conductual y psicoanalítica

A comienzos de los años 60 se comenzó a abrir otra línea de investigación que intentaba esclarecer los innumerables puntos ciegos que quedaban todavía con respecto a dicho trastorno.

Rutter (1966) planteaba que la causa prima del autismo se hallaba en los trastornos del lenguaje, discrepando con Kanner en lo referente al contacto afectivo como rasgo primario o patognomónico y las alteraciones lingüísticas como síntoma secundario, consecuencia de la alteración afectiva. En su redefinición del autismo plantea un origen orgánico cerebral, y concibe al autismo como un síndrome conductual caracterizado por diversos síntomas que son comunes a todos los niños autistas, cuyos rasgos esenciales serán: alteraciones en el desarrollo, respuestas sensibles a estímulos sensoriales, déficit en el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y la capacidad de relacionarse con personas, sucesos y objetos.

Tustin en 1972 define el término autismo como “...vivir en función de uno mismo” (Tustin, 1972, p.13) realizando una diferenciación entre la utilización del concepto desde dos estructuras psíquicas diferentes.

El autismo en la primera infancia para Tustin (1972) es considerado como un factor normal de la evolución del infante, donde éste no puede diferenciar un mundo externo del mundo interno, y configura las experiencias por medio de los órganos y procesos adaptativos “*estado de pre-pensamiento*”, son estos procesos adaptativos (experiencias, caricias, repeticiones) los que van a facilitar el ingreso del niño al mundo exterior. Para la detección y caracterización de este estado de autismo Tustin (1972), toma los aportes de Bion y Winnicott donde se plantea la posibilidad de la interpretación de los ensueños de la madre aunque se marca la dificultad para lograr comprender de manera precisa este estado.

La autora habla de “autismo asociado con la psicosis -*estado de anti-pensamiento*”- donde fallan los mecanismos de adaptabilidad del infante, que son la base fundamental para generar una estructura que le permita la diferenciación de las realidades en las que se encuentra inmerso (mundo interno-externo). La adaptabilidad deviene de las herramientas que los padres puedan brindarles al niño para que sus sensaciones, en un inicio puramente corporales, puedan ser codificadas y transformadas en experiencias que luego vayan configurando la personalidad del infante. Si los cuidados, el afecto, la crianza, se suspenden o son interrumpidos de manera temprana, lleva a bloqueos en la codificación de las sensaciones, imposibilitando que el niño pueda avanzar y superar esta estructura primitiva. El desarrollo emocional y cognitivo no puede desarrollarse por haber un sistema psíquico cerrado.

Tustin (1972) remarca que en cualquiera de los dos estados autistas no hay sufrimiento ya que el niño se siente suficiente, cómodo, autosatisfecho, aunque esto se vea enmarcado dentro de una “pseudo- omnipotencia.”

Al hablar de autismo infantil precoz lo define: marcando un retraimiento en la infancia. En un comienzo es posible divisar en el infante rabietas y gritos, (pero estas acciones van desapareciendo con el tiempo, gozan de buena salud), hay evitación del contacto con la gente y una imposibilidad de mantener o buscar la mirada directa con las personas, la inhibición del pensamiento también caracteriza este estado, no hay juego de fantasía (realizar movimientos circulares con los objetos), ecolalia, movimientos ágiles con el cuerpo, falta de sensibilidad en las extremidades, desapego, desinterés, grado de inteligencia alto, órganos sensoriales hipersensibles. Hay una funcionalidad dicotómica desde un inicio de la vida entre “yo” (mundo interno) y el “no-yo”, que en determinado momento del desarrollo a este último se lo “borra” por ser considerado un ambiente amenazante, imposibilitando la diferenciación entre lo interno-externo. Después de haber desaparecido la dicotomía que en un inicio se identificaba, queda el niño encapsulado en su propio cuerpo, o en el de algunas personas que son consideradas una extensión más del mismo (Tustin, 1972).

Donald Meltzer, realiza una vasta caracterización de las estructuras psíquicas de los niños, así como también de su fisonomía y comportamientos desde una investigación en niños, entre el período de 1960 y 1970, publicada en su libro en 1979 “*Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*”, desde una perspectiva psicoanalítica. En referencia a los aportes de Klein.

Comienzan a ver que hay áreas de la mente que se hayan disociadas del conjunto de acciones mentales, produciendo así imposibilidad de articulación entre diferentes

estímulos, acciones y pensamientos. Las mismas llegan a ser vividas por el niño como “eventos” discontinuos, que no están ligados a ningún registro mnémico que posibilite una interpretación o re-interpretación.

Martinez de Bagattini (2001) marca que:

Se desarrollan así mecanismos mentales (...) en conjunción con mecanismos primitivos de Splitting del Self (...) Este “splitting” implica hacer pedazos el self, partes separadas del self que desarrollan relaciones diferentes con objetos del mundo externo de acuerdo con modulaciones sensoriales. Así los aspectos visuales, gustativo, auditivo, olfativo, táctil y postural de la vida sensorial son separados y se anula una relación sensorial unificada con respecto a un objeto. (p.93)

Esta compleja manera de funcionamiento, en conjunto con la suspensión inmediata y transitoria de la actividad mental, es sintetizada en un proceso que el autor denomina *desmentalización*, que es la imposibilidad de generar procesos lineales dentro del cerebro producidos por secuencias neuro-fisiológicas, generándose la alienación de los hechos que suscitan la vida del niño, sin posibilidad alguna de propiciar huellas mnémicas en su psiquis.

Dentro de dicha investigación Meltzer (1979) remarca la posibilidad de un desmantelamiento de los sentidos, -entendiendo por esto el funcionamiento desmantelado del yo –self- vivido por parte del niño de forma pasiva, no siendo acompañado por angustia, ni dolor mental.

En su libro, Meltzer (1979) realiza una descripción de las tendencias mentales que son características del niño autista. Detalla que las mismas son: inteligencia superior, los procesos mentales operan a gran velocidad y mantienen un alto grado de registros sensoriales y una sensibilidad perceptiva. La estructuración del ambiente y el mantenimiento de la invariabilidad son condicionantes para la estabilidad de estos niños. Cualquier alteración puede provocar crisis, que se expresan con rabietas o desvinculación con el entorno. Presentan una sensibilidad al estado emocional ajeno, la ligazón primitiva que el niño llega a tener con las personas que resultan de gran importancia en su entorno, llevan al mismo a sufrir de manera desgarradora y con matices depresivos los cambios emocionales que dichas personas tienen. Esta permeabilidad genera en el niño una real desprotección y dentro de su estructura emocional llegan a sentir a los objetos permeables, propensos a la destrucción. La propensión al sufrimiento depresivo de forma masiva, el alto grado de ansiedad y sufrimiento psíquico ponen de manifiesto el miedo a la ruptura de su frágil self.

Como consecuencia de un elevado coeficiente intelectual y una hipersensibilidad a los estados emocionales y perceptivos, la imposibilidad de vivir las experiencias positivas se manifiesta mediante el sentimiento de rechazo hacia sí mismo o los objetos por parte del entorno.

El sadismo, la persecución y los celos posesivos, son características que se ven encadenadas a la imposibilidad de flexibilidad al momento de la separación del propio self, y vienen acompañadas de la necesidad de control obsesivo hacia el objeto materno.

Medici de Steiner (2001) siguiendo la línea de Meltzer (1979) explica que el autor: "...busca esclarecer que en los niños autistas sus conductas agresivas no estarían teñidas por el sadismo (como comúnmente se cree) sino por una necesidad de poseer -indiscutiblemente- al objeto materno (...)" (p.122). No vienen acompañadas de un goce, ni de sentimientos como culpa, al momento de generarse cualquier hecho particular que pueda perturbar o realizar un corte transversal en la adhesión con el objeto materno, este modo primitivo de amor demanda violentamente a dicho objeto, intentando poseerlo completamente (Steiner, 2001).

Un alto grado de sensualidad en su amor se ve configurado por la insistente necesidad de poseer al objeto materno de una manera tierna, altamente sensual y posesiva, con una marcada necesidad de resguardar un contacto superficial con el objeto deseado. En este punto es necesario remarcar el bajo grado de sadismo que se tiene por parte del niño en los sentimientos que experimenta; por último las repeticiones que estos niños manifiestan, según el autor no se explican de mejor manera que por la posesión del objeto (Meltzer, 1979).

1.5 Los avances contemporáneos: las Neurociencias, una Teoría de la Mente, y La teoría del Ser.

En los años 80 del siglo XX, con el auge de las neurociencias, y el impulso de las terapias de la conducta se pudo llegar a través de investigaciones a considerar el Trastorno del Espectro Autista como un trastorno de base cognitivo. Comienzan así a darse avances que explican las peculiaridades del trastorno y del espectro, considerándose diferentes alteraciones en el lenguaje, lo cognitivo, lo adaptativo, lo biológico, neurológico, etc. (Balbuena, 2007).

.Press & Cuore (2001) esquematizan las características del trastorno autista, para detallar las áreas que se deben tener presentes al momento de diagnosticarlo: los

rasgos cualitativos de la interacción social, la comunicación, el interés, las actividades estereotipadas, la torpeza motora, las destrezas especiales aisladas; se debe profundizar el desarrollo vincular, emocional, los estados anímicos que presenta el niño como forma integral de llegar a un diagnóstico preciso.

Desde las neurociencias se llevan a cabo investigaciones y se han formulado hipótesis donde se adjudica importancia causal a las mal formaciones físicas, anomalías electroencefalográficas, alteración en los lóbulos temporales, epilepsias, problemas biológicos, neurológicos y psicológicos en el embarazo.

“El autismo sería la expresión más grave de una amplia gama de trastornos cognitivos determinados por mecanismos genéticos que a su vez son responsables de un espectro más amplio de dificultades en los familiares directos de estos pacientes” (Press & Cuore, 2001, p.11). Reformulando indirectamente lo propuesto por Leo Kanner y Donald Meltzer, intentan hallar otro tipo de causas primas para el desarrollo del trastorno. Es así que se suman estas investigaciones a las de Rutter, agregando factores fundamentales que deben tenerse en cuenta el momento de explicar la etiología del autismo.

Desde una perspectiva rioplatense, se destacan los desarrollos de autores Uruguayos que hacen hincapié en el factor genético como un componente etiológico del autismo.

Roberto Quadrelli, (1999), escribe: “Es probable que el autismo obedezca a un mecanismo de multifactorialidad, donde juegan factores genéticos (acción aditiva de más de un gene) y factores ambientales” (p.78).

En el ámbito de la medicina, se han realizado diferentes estudios genéticos que han aportado al reconocimiento de la influencia de este factor y la forma en que se relaciona con el autismo.

Siguiendo la línea de Quadrelli (1999) dentro de las investigaciones llevadas a cabo se han encontrado mal formaciones en el cromosoma X –*Síndrome del Xq frágil*-; la observación y estudio de mal formaciones mayores o menores en la anatomía del individuo; aproximaciones a componentes genéticos familiares – *estudio detallado de análisis genético-genealógico de una familia a partir del sujeto de consulta*-; el estudio de gemelos y mellizos con mal formaciones o con alguna alteración en el comportamiento también han aportado a la causa.

Desde las neurociencias, se aportan conclusiones donde se relaciona la amígdala al autismo, ya que esta sería “(...) la encargada de medir la motivación, la atención y la

representación como procesos requeridos para que se produzca la orientación social, la imitación, la atención conjunta y la empatía(...)" (Fernández, 1999, p. 104).

Aun habiendo llegado a definir y considerar el autismo como un síndrome conductual que afecta diversas áreas desde lo afectivo hasta lo cognitivo, los investigadores caen en contradicciones al momento de profundizar en explicaciones al respecto de las actitudes de los niños, algunos han llegado a plantear la posibilidad de que la evitación hacia el contacto social (visual, táctil, emocional) "(...) Pudiera deberse a la falta de competencias y habilidades sociales (...)" (Balbuena, 2007, p.64).

Baron-Cohen (citado por Press & Cuore, 2001) abre otra línea para pensar esto, indicando que el niño autista no posee la habilidad cognitiva para reconocer en el otro pensamientos y sentimientos, desembocando directamente en la incapacidad propia de expresión. Cohen desarrolla lo que denomina "*a theory of mind*" (una teoría de la mente).

Esta teoría se centra en "(...) referirse a la habilidad de representar e inferir los estados mentales propios y ajenos, tales como deseos, intenciones y creencias" (Tallis, 1988 p.185). Los procesos de atribuir los estados mentales de personas ajenas, reconocerse como sujeto separado de otro, trae coherencia al mundo psíquico del niño, y esta coherencia en la realidad psíquica, es lo que permite al sujeto hacer referencia a un mundo externo, con el cual va a mantener contacto y sobre el cual va a versar la socialización y las relaciones intersubjetivas.

Siguiendo los aportes de Tallis (1988), la hipótesis se centra en que una falla en la teoría de la mente es lo que va a desdibujar y dificultar las relaciones sociales de los niños autistas; y se enlaza a los aportes de Kanner al hablar de la afección en la función de "mentalización", sobre la cual el niño no podrá identificar estados mentales internos y externos.

1.6 *El Autismo comprendido desde la teoría del ser.*

Los aportes realizados por Hector Garbarino, psicoanalista Uruguayo, en el libro "*Autismos, revisando conceptos*" de Luis Prego, publicado en el año 1999, nos introduce en una nueva teoría que ayuda a la comprensión del autismo, "*la teoría del ser*".¹

¹ "Lo que hemos ideado es un nuevo modelo de la mente que está destinado a una mejor comprensión de las patologías narcisistas graves (psicosis, psicosis fronteriza, autismo" Entrevista realizada a Garbarino por Verónica Pérez, y publicado en la revista **Fundación** en 1994.

El autor propone pensar en una metapsicología que borre las fronteras de la ciencia para comenzar a pensarnos como seres, que formamos parte de un todo al cual definimos con nuestra existencia, y nos define a nosotros conformándonos como personas.

Basados en aportes de Freud, Garbarino (1999) nos cuenta que esta teoría toma cuerpo en el devenir de la formación del sujeto.

Se denominan dos instancias iniciales en la formación del aparato psíquico del individuo “Ser” y “yo-Ser”, marcadas por el nacimiento y correlacionadas con el Ello² que Freud definía en “*El yo y el ello*” (1923) donde la a-temporalidad, a-espacialidad y a-causalidad son condiciones de dicha instancia.

El Ser se define entonces en el aparato psíquico por el nacimiento. Posteriormente el contacto bidireccional del niño con la madre podrá introducir al bebe en el mundo sensitivo, donde el contacto corporal y las decodificaciones que ella realice de los estímulos del bebe van a comenzar a darle a éste ultimo los primeros límites en el tiempo-espacio, aquí hablamos de “yo-Ser”. Por último junto con las identificaciones secundarias se termina por desarrollar el aparato psíquico (Yo, Ello, Superyo)³ (p.114).

Los seguidores de esta teoría de investigación consideran que los niños con autismo “(...) están conectados con el mundo cósmico, y que su aislamiento del mundo humano es porque no han podido ingresar en él, por diferencias comúnmente genéticas y maternas a la vez” (Garbarino, 1999, p.115).

Considera que la madre, debe cumplir el rol de “*humanizar*” para que el niño pequeño logre en conjunto con sus facultades genéticas, conformar la tridimensionalidad característica del aparato psíquico. Hecho que va a darle al niño un sentido al tiempo-espacio con el cual podrá adaptarse al mundo.

En el autismo infantil esto no sucede el niño no puede diferenciarse del resto, quedando permeado por el entorno, sin lograr conciliar un límite preciso que pueda definirlo como sujeto aparte del objeto.

²Una de las tres instancias distinguidas por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico. El ello constituye el polo pulsional de la personalidad; sus contenidos, expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos. Desde el punto de vista económico, el ello es para Freud el reservorio primario de la energía psíquica; desde el punto de vista dinámico, entra en conflicto con el yo y el superyó que, desde el punto de vista genético, constituyen diferenciaciones de aquél. (Laplanche,J, Pontalis,J, 2004, pág.112)

³ Esta denominación es utilizada por Freud para nombrar en su segunda Tópica publicada en 1920, la conformación del aparato Psíquico del sujeto.

Es así que en los momentos en los que sufren una crisis de angustia, ésta se extiende al “cosmos”. Garbarino (1993) escribe: “Para sentirse uno necesitan de la fusión con otro. Son como entes que no tienen existencia en sí, y sólo la adquieren por mediación de otro, que queda relegado a la función, prácticamente permanente, de objeto acompañante” (s/p).

Este hecho no se explica mejor que por la configuración bidireccional que tiene el niño con las identificaciones primarias hacia su madre, que de perderse o desaparecer por un momento produciría un temor absoluto a la desintegración del Ser, hecho que es conceptualizado como “no-Ser” (Garbarino, 1999). “Cuando el objeto no se presta más a la fusión, sienten la terrible angustia del desmoronamiento, como planta arrancada de raíz. Sienten entonces la angustia de no ser y la consiguiente muerte psíquica (...)” (Garbarino, 1993, s/p).

Este no-Ser viene condicionado por un cuerpo que en la patología autista no está definido, por lo tanto tiene una continuidad con el espacio y no cumple una función de separación -como ya lo habían observado Tustin (1972) y Meltzer (1979)- dejando al niño y su yo-Ser al servicio del espacio que lo circunda, sin separación alguna entre él y lo que percibe.

“(...) no existen las oposiciones (...) yo-no yo, sujeto-objeto, adentro-afuera, animado-desanimado, masculino-femenino” (Garbarino, 1999, p.117).

Siguiendo esta línea se puede afirmar que, la imposibilidad que tiene el niño de transformar un narcisismo del Ser en un narcisismo yoico que invista el yo y el cuerpo, permite darle al sujeto un pre-sentimiento de presencia o de existencia, pero no podrá nunca delimitarlo con el Universo.

“El conflicto es, en definitiva, como hemos dicho, un conflicto entre los dos narcisismos, un narcisismo del yo que busca la cohesión e integración yoica, y un narcisismo del ser que anhela la unión con el todo” (Garbarino, 1993, s/p).

1.7 DSM y las consideraciones sobre el Autismo: desde una perspectiva Norteamericana.

A fines de los años 90, un importante grupo de profesionales han intentado consensuar los diagnósticos de las diferentes enfermedades basados en manuales que los ayuden a conseguir grupos diagnósticos homogéneos. Aun así el autismo y su espectro, parece escapar a dicha posibilidad.

Pallares & Paula (2012) publican un artículo donde realizan un recorrido al respecto de la evolución del término autismo, y marcan las diferentes concepciones que fueron aprobadas a lo largo de la historia, así como también las modificaciones que ha sufrido dicho trastorno dentro de las diferentes ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -*Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders*-.

En 1952, se crea el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) por *American Psychiatric Association* (APA). En este primer intento por agrupar todos los trastornos mentales dentro de un manual que sirva para el diagnóstico de los mismos, el autismo aparece dentro de los síntomas específicos de las esquizofrenias infantiles; del mismo modo en el DSM II publicado en 1968.

Ya en la siguiente actualización del manual -DSM III- es cuando se incluye el autismo como categoría diagnóstica, quedando alejado de ser considerarlo un síntoma de la “*esquizofrenia infantil*”. Es en el *DSM III-R* que hay una radical modificación el autismo infantil, ahora es conceptualizado como Trastorno autista. (Pallares & Paula, 2012)

Es en los años 1994 y 2000 que se publican el DSM IV, y el DSM IV-TR, aquí se sectorizan cinco subtipos de autismo-trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado-, y quedan los mismos englobados dentro de una categoría diagnóstica conceptualizada como “*Trastorno Generalizado del Desarrollo*”.

En su última versión el Manual se encarga de modificar nuevamente la denominación de “Trastorno Generalizado del Desarrollo” a “Trastorno del Espectro autista” aquí, se excluye el síndrome de Rett, considerándolo ahora un trastorno independiente del espectro, donde solo confluyen en estos dos, algunos síntomas específicos. (p.584)

2- DIAGNOSTICO E IMPACTO EN LA FAMILIA.

*"Cuando la realidad se vuelve irresistible,
la ficción es un refugio.
Refugio de tristes, nostálgicos y soñadores."*

Mario Vargas Llosa

Diario ABC, 8 de octubre de 2010.

Podemos considerar que al enfrentarse a un diagnóstico de Autismo, se comienzan a transitar un camino de incertidumbres que van a ir marcando el desarrollo del niño como el entorno familiar.

Transcurridos los primeros años de vida del niño, se hacen explícitos comportamientos que no son los acordes con la edad. Al visualizarlos, los padres, empiezan a concurrir a distintos centros de atención buscando una explicación que logre darles una cuota de tranquilidad con respecto al desarrollo de su hijo. Al diagnosticarse el trastorno, mediante variados estudios, el shock del momento es inevitable, las vivencias pueden ser muy variadas en tiempo y forma; desde la crisis de angustia hasta la negación.

Hay un quiebre en la realidad de la familia, se debe tener presente que este quiebre incluye una inimaginable cuota de incertidumbre, miedo, ansiedad y expectativas que se hacen presentes a la hora de comprender el Diagnóstico.

Riviere, & Martós, (2000) marcan un patrón normativo al hablar del desarrollo del trastorno y lo dividen en 3 etapas:

La primera caracterizada por un estado de aparente normal desarrollo por parte del infante, con la peculiaridad de un aparente carácter tranquilo –y que va hasta el octavo o noveno mes de desarrollo.-, por desarrollarse dicha etapa en los primeros meses de vida, los signos de alteraciones son obviamente menos evidentes, ya que las funcionalidades complejas del sistema nervioso, como las cognoscitivas y las sensitivas se comienzan a desarrollar en esta etapa.

La segunda etapa caracterizada por la ausencia de conductas de comunicación, pérdida de respuestas en el lenguaje, desinterés en las relaciones intersubjetivas; en los niños normales en esta etapa se comienzan a concretar funciones ejecutivas, y hay ciertas áreas de los lóbulos frontales que comienzan a ser funcionales.

Se va dando un proceso, que conlleva una evolución hacia el deterioro (si pensamos en los aportes teóricos de Meltzer y Tustin) de estas características de forma gradual. La tercer etapa se ubica en el décimo octavo mes del desarrollo, aparecen las limitaciones o la ausencia absoluta del lenguaje -confundida a veces con sordera-, los manierismos y la ecolalia, se puede ver el aumento del sufrimiento en el niño al sentirse invadido por cambios ambientales, por interferencias intersubjetivas o ficcionales.

Profesionalmente se debe tener las herramientas adecuadas para lograr comprender la vida de esa familia, y comenzar a realizar un recorrido sobre la historia vincular de los padres y el niño, porque ellos son considerados de ahí en más, pieza clave para el desarrollo de habilidades del sujeto, y para lograr una mejor calidad de vida del mismo -y de su familia-.

2.1 La comunicación en la familia del niño autista.

“La familia constituye el primer nivel de integración social del individuo, su primera escuela de aprendizaje, un lugar de desarrollo personal, transmisor de cultura y riqueza que ejerce funciones de reproducción, educación, proveedora de recursos y socialización” (Reyes, 2013, p.37). Se desprende la vital importancia que la familia tiene para la crianza del hijo. Diferentes patrones comportamentales serán interiorizados por éste, según la forma de relacionamiento que tengan sus padres entre sí y con él, por ejemplo: la forma de comunicarse, la disposición de límites, la manera en que se diagrama la organización familiar con respecto a la vida cotidiana, el afecto y los valores que priman en el hogar.

El dialogo, tiene un rol fundante para el vínculo, es el facilitador de la comprensión y de las posibilidades de integración. En la línea de Isabel Bayonas, (citada por Riviere & Martós, 2000) en las familias que tienen un hijo autista, se necesita explicar lo que sucede, ir informando los problemas y las conquistas de los niños a toda la familia.

Es vital el poder conversar sobre los problemas que se puedan fundir en el seno de los vínculos familiares. Con la convivencia se irán descubriendo herramientas y métodos para lograr interactuar con el niño, propiciando un ambiente en el cual compartir la crianza y el desarrollo del niño.

Los espacios de recreación, aparte de ser facilitadores de la interacción y comunicación, también ayudan a descender los niveles de estrés por los que la familia pasa, apostando a la distensión, a un ambiente de contención y aprendizaje.

Reyes (2013) plantea, los espacios interactivos, o tiempos de recreación en el interior de la familia, son los que ayudan al niño autista a evitar el aislamiento, también pueden colaborar con la comunicación de éste con sus familiares.

Lo para-verbal, los balbuceos o gritos, se vuelven un llamado de atención, y una nueva forma de comunicación. Hay muchos niños que no logran desarrollar un lenguaje comunicativo, ellos logran comunicar de esa forma cosas que, tanto padres como hermanos, tienden a interpretar de manera automática.

El grito y el llanto iniciales constituyen inicialmente un acontecimiento fisiológico, como ha sido señalado por D. Meltzer, en el régimen a-dimensional del Ser, donde no hay aún vivencia del cuerpo. Es función de la madre humanizar el grito y el llanto iniciales, ya que con los cuidados que la madre proporciona al bebé, transforma el cuerpo cósmico, cuerpo abierto del bebé que se extiende en continuidad con el Universo, en cuerpo humano, proveyéndole los límites. (Garbarino, 1999, p.119)

Convivir con un hijo que no se comunica con el lenguaje culturalmente aceptado y practicado, mueve otros engranajes de la configuración familiar. El compartir tiempo de disfrute en un ambiente amigable puede aportar al mejoramiento de sus capacidades de comunicación, relacionamiento, y calidad de vida.

2.2 Respondiendo a la crisis del diagnóstico.

Cuxart & Fina (s/a) consideran relevantes diagramar y divisar las etapas por las que la familia transita desde que se diagnostica TEA en un hijo. Este tránsito es denominado por los autores “respuesta a la crisis” y segmentan dentro de este proceso las siguientes etapas:

SHOCK: al momento de recibir el diagnóstico los padres entran en shock por la gravedad del caso y por lo inesperado del diagnóstico, de todas formas las herramientas que tienen los padres para hacer frente a la llegada de un hijo son muy distintas.

El intento por estar preparados como padres puede ser considerado un proceso complejo, y si pensamos que el hijo es diagnosticado con TEA la complejidad para hacerle frente a dicho diagnóstico vuelve ese proceso mucho más arduo;

considerando que físicamente no presenta alteraciones, el poder aceptar el diagnóstico se hace más complicado aún.

María Isabel Bayonas (citada por Rivière & Martós 2000) afirma que, no saber bien que es lo que pasa ni que expectativas tener para con el hijo, culparse a sí mismo y que el grado de estrés genere descompensaciones en el niño y en la homeostasis familiar, son momentos y estados que corresponden al impacto que genera el diagnóstico.

NEGACIÓN: Luego de “superada” dicha etapa, la negación es el primer mecanismo para defenderse de la angustia que genera haber recibido un diagnóstico de tal complejidad, por lo tanto la familia sigue en búsqueda de otros diagnósticos con otros especialistas, comúnmente –según los autores- se debe tener precaución en esto, ya que los padres pueden llegar a considerar más acertados otros diagnósticos por considerarlos más favorables, comenzando a inclinar sus esfuerzos en pro de esa otra etiqueta sin poder darse cuenta que tan sobre-implicados están, con respecto a su dolor como padres, sobre-implicación que deja entre velos las necesidades del niño.

DEPRESIÓN: Llegar al convencimiento de que el hijo sufre una enfermedad crónica y de cierta gravedad, puede llevar a los padres a estados de angustias muy fuertes e impactantes para la familia. No solamente se verá afectada la persona, sino también la familia en general, por ejemplo por la necesidad de uno de los integrantes del núcleo de ocupar el rol que antes cumplía la persona consternada, hasta que ésta pueda verse con las capacidades emocionales y psíquicas necesarias para volver a asumir dicho rol.

REALIDAD: Se caracteriza por poder racionalizar lo que está sucediéndoles como familia, y comenzar a utilizar los recursos que tienen a disposición para lograr avances en el hijo y en ellos mismos.

AFRONTAMIENTO: Esta etapa se puede desarrollar en dos direcciones. Siguiendo la línea de Cuxart & Fina (s/a) una de estas está dirigida a la emoción, “(...) se caracteriza por actitudes de rechazo, evitación y negación, como formas de reducir el estrés (...)” (p.3) y las reacciones que pueden llegar a tomar los padres en esta situación serían la institucionalización, la obsesión por el trabajo, encapsulamiento familiar para evitar las situaciones que impliquen el contacto del niño con personas, sobreprotección.

Por otro lado se encuentra el afrontamiento dirigido al problema, son destacables los aportes de Bayonas (citada por Rivière & Martós, 2000) los cuales se centran en la posibilidad de poder conservar la serenidad emocional, habilitar la comunicación en la familia, pedir el esclarecimiento de dudas a los profesionales que atienden al niño, poder diferenciar momentos que son para el niño, dedicarse tiempos y espacios personales, divertirse, utilizar herramientas que atenten contra el estrés.

Cabe remarcar que dicho proceso depende específicamente de la familia, su capacidad de aceptación, las herramientas para trabajar los duelos, el apoyo de la familia extensa, la sociedad en la que están inmersos, la posibilidad de poder brindarle al hijo una asistencia interdisciplinaria acorde con el síndrome, los alcances que pueden tener para incluir al hijo en una institución educativa, la confianza que puedan sentir con respecto a los profesionales que estén ocupados en el caso.

Arango, Rueda & Valderrama, (1997, Citados por Reyes, 2013) realizan una investigación que da cuenta de cómo el diagnóstico altera la dinámica del sistema familiar y enfrenta a los padres a situaciones que los obligan a reacomodarse y cambiar pese a la dificultad de aceptar el diagnóstico.

La autora centra su investigación en la posibilidad de que el diagnóstico de TEA en el hijo genere cambios significativos en aspectos cualitativos del grupo familiar, como ser límites, roles, comunicación, emociones y formas de vinculación. Hardman, (1996, citado por Reyes, 2013) remarca que en familias con hijos diagnosticados con TEA se generan alteraciones dentro de la dinámica familiar. Luego de superada la etapa de shock y negación, el núcleo familiar (específicamente los padres) se centran en la necesidad de conocer acerca del trastorno, aprehender, conocer sobre su hijo en conjunto con todas las cualidades y dificultades que tienen estos niños.

No todos los padres tienen la misma capacidad de afrontar la discapacidad de un hijo, ni tampoco van a contar con los mismos tiempos o expectativas, esto puede generar alteraciones en algunos elementos de la dinámica familiar, los cuales involucran la individualidad y la realidad de cada uno de los integrantes, así como las relaciones dentro de los subsistemas que se van desarrollando en la misma y en su vinculación con la sociedad.

Los estándares sociales imponen ciertos mandatos con los cuales se debe cumplir, como es de conocimiento, estos estándares no toman la diversidad en consideración.

(...) y cuando una persona no responde a este prototipo esperado, la familia entra en un estado de confusión y cuestionamiento, dando paso a sentimientos ambivalentes y emociones como 'frustración', 'tristeza', 'depresión' y 'dolor'. (Reyes, 2013, p.59)

Urbano & Yuni, (2008, citados por Reyes, 2013) consideran que en el momento de recibir el diagnóstico de TEA, las familias que se consolidan de mejor forma tomando en cuenta el tiempo, las fortalezas, y proyectos compartidos, pueden sobrellevar mejor el advenimiento de un hijo con discapacidad; aunque no por esto el estrés y las crisis familiares van a dejar de existir.

Sin embargo, estos movimientos que se van desarrollando obligatoriamente, en conjunto con los hechos, problemas, y altibajos generan un nuevo modo de organización entre los subsistemas de la familia, resaltando la importancia que se termina dando al hijo o hija con autismo.

3-EL HIJO AUTISTA, Y EL VÍNCULO FAMILIAR.

*“Reconoce que somos igual de extraños el uno para el otro,
y que mi forma de ser no es simplemente
una versión deteriorada de la tuya.”*

Jim Sinclair, 1992

El vínculo del niño autista y su entorno se caracteriza, por la fragilidad y la necesidad de protección y apego, la familia va componiendo sus vínculos en torno a ese niño o niña, dejando replegados otros ámbitos de la vida. Los padres, abuelos, hermanos y tíos –familia extensa- en alguna medida responsable del sujeto, se ven afectados por este tipo de configuración familiar.

El autismo impregna, absorbe, y cierra en varias oportunidades la vida de toda la familia; la posibilidad de realizar ciertas actividades, que quizás fuesen consideradas normales, se ve impregnadas de condiciones para poderlas realizar.

Es necesario conocer el mundo del niño con autismo, para que pueda sentir a su familia como parte de él, así la confianza irá en aumento, va a lograr sentirse contenido en sus días buenos y sus días malos, comienza a disminuirse la ansiedad que ciertos hechos de la vida, generan en su estado emocional y físico. La angustia, la frustración que llegan a sentir, también se va a ver disminuida, logrando potenciar sus virtudes.

El comportamiento de los integrantes de la familia configura ciertos patrones dinámicos de relacionarse, los roles que se van a ocupar, así como los límites y formas de abordar los conflictos, se van a ver teñidos en relación a las creencias sobre la discapacidad, que cada integrante tenga.

Reyes (2013), remarca la flexibilidad de los roles en las reglas familiares, la importancia de que no sean impuestos y que sean comprendidos, la distribución equitativa de las tareas diarias, la no sobrecarga de exigencias en determinados integrantes de la familia, que prevalezcan las relaciones de equidad y respeto, siendo estos, algunos factores esenciales aunque no suficientes para que haya una dinámica familiar homeostática.

La sustentabilidad de la homeostasis, viene brindada por los roles, que se van adjudicando en el entorno familiar, los cuales van a jugar un papel importante en la configuración de los subsistemas (fraterno, parentales) y las relaciones dentro de los mismos. El exhaustivo trabajo en el que se ven implicados los familiares al enfrentarse a lo desconocido y a un futuro incierto, genera en las personas sentimientos encontrados. Es así, que lograr diferenciar y delimitar los sentimientos, expresarlos, y no negarlos, son parte de la consolidación de los individuos como padres y/o hermanos de un niño con discapacidad.

Salvador Repeto Gutiérrez (citado por Rivière & Martós, 2000) plantea; padre y madre van a convivir dentro de una dualidad de roles, mediante los cuales también se puede ver reflejadas las etapas o el nivel de aceptación y afrontamiento por el que transitan, viendo a su hijo como un problema, *sufriéndolo* por su discapacidad, intentando encontrar a *alguien que pueda hacer frente* a la situación que les tocó vivir, se compadecen mutuamente, no esperan avances significativos en lo que respecta a las interacciones sociales, ni que logre una mayor autonomía, y rescatan el amor que sienten por su hijo pese a ser autista.

El segundo eje sobre el que versa el rol de los padres, puede considerarse proactivo y esperanzador pudiendo situarse como una especie de “educadores e informantes”. En esta etapa van a saber y afirmar que su hijo tiene problemas, sufrir por lo mismo, se encargarán de buscar ayuda *para hacerle frente* a la situación ellos mismos.

Los padres son considerados “coterapeutas”, desempeñan un rol como agentes contenedores, de motivación de cambios que el niño presente. La posibilidad de lograr sobrellevar el estrés y la vida misma se ve influenciada también por factores económicos, sociales, y políticos. La familia se verá inmersa en la necesidad de una inversión en tratamientos, educación, van a pasar su vida en busca de condiciones y recursos, para lograr una mejor calidad de vida de su hijo, y de ellos mismos.

Los padres a medida que pasan los años comienzan a sentir miedo con respecto al futuro de su hijo. ¿Quién lo va a cuidar? ¿Dónde va a vivir? ¿Podrá vivir solo?, etc. Este tipo de preguntas y temores forman parte de una etapa de crisis, en el transcurso de la vida de la familia y sobretodo en la vejez de los padres.

Cabot & Mila (1993) marcan que:

(...) es ilustrativo el hecho de que conciban al niño como alguien que va a ser eternamente dependiente, que no va a poder ser feliz, que no va a poder estudiar, que no va a poder...a quien hay que, en consecuencia, sobreproteger o en ocasiones segregar, esconder, ocultar, se les asigna un determinado lugar que puede terminar siendo asumido. (p.53)

4- LA IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES Y EL LUGAR DEL PSICÓLOGO CLÍNICO FRENTE A NIÑOS AUTISTAS Y SU FAMILIA.

*¿Qué somos, qué es cada uno de nosotros sino una combinatoria de experiencias,
de informaciones, de lecturas, de imaginaciones?
Cada vida es una enciclopedia, una biblioteca,
un muestrario de estilos donde todo se puede mezclar continuamente
y reordenar de todas las formas posibles.*

Italo Calvino. (1988) Multiplicidad. Seis propuestas para el próximo milenio. (p.124).

El vínculo que se gesta en esa tríada Niño-psicólogo-familia tiene por objetivo también conformar una red que oficie de sostén, para la vida de la familia con su hijo autista. El profesional de esta forma, va a prestar su cuerpo y sus sentidos para lograr allanar, direccionar el camino del sujeto y su núcleo familiar.

Es de resaltar las peculiaridades de las intervenciones en el tratamiento, las herramientas que se van brindando en el devenir del tiempo, los avances que se realizan a nivel del vínculo del niño autista con su entorno, así como la complejidad a la que el profesional se enfrenta al momento de trabajar con un niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista.

4.1 Intervenir el autismo para construir al sujeto.

Partiendo del conocimiento de que los eventos y emociones son vividos en el niño psicótico como experiencias separadas, discontinuas y mezcladas, sumándole –el aporte de Garbarino (1999)- la incapacidad de considerarse dentro de un cuerpo que lo diferencia del resto, y lo singulariza del “cosmos”, más la falta de lenguaje y el rechazo a comunicarse, la integración de la que todo sujeto depende para lograr acomodarse en el mundo no va a ser posible. Es a partir de aquí que se va a configurar un modo particular de trabajo con un niño autista.

La siguiente puntualización fue escrita por Ruiz (1999) con 7 objetivos a los que se deben apuntar al momento de trabajar con un niño autista, es una forma de lograr definir estrategias conjuntas para comenzar a trabajar en pro de los mismos.

1. Que logre una mayor integración de su cuerpo, que la piel sea límite y además continente de su yo corporal.
2. Que su cuerpo sea reconocido por él a través de la unidad somato-psíquica.
3. Que sea un medio de comunicación y no una barrera que lo separe.
4. Que las nuevas sensaciones se integren en percepciones que le permitan la representación de objetos.
5. Ayudarlo en la ordenación de ese mundo externo a través de un orden espacial y temporal.
6. Lograr diferenciar un adentro y un afuera, un yo y otro diferente a él.

7. La creación y ordenamiento de un mundo interno a través de la representación mental, la internalización de los objetos y la estructuración del yo. (p.149)

Al momento de pensar sobre las intervenciones, debemos tener presente que el niño al que nos enfrentamos no cuenta con un aparato psíquico conformado como podría ser el de un niño neurótico, por lo tanto, la iniciación en la recepción de las interpretaciones se podrá hacer en un tiempo indefinido, mientras tanto la verbalización⁴ será una herramienta apropiada para ir generando pequeños cambios.

(Ruiz, 1999). De esta forma el psicólogo busca entrar en el mundo del niño, pero además permite que el niño pueda comprender que éste sabe lo que a él le pasa, en otras palabras, hay un intento por parte del profesional de que el niño autista de cuenta de la actuación del psicólogo en la instancia terapéutica como un verdadero sostén para con él, su psiquis, y su cuerpo.

Si seguimos los aportes de la teoría del ser el niño autista perdido en su yo-Ser, puede comenzar a tener indicios de un “yo instancia”, que responde a los primeros momentos en los que el cosmos y el niño se pueden diferenciar. Esto primara en los objetivos que la terapia tiene para con el niño autista, conciliar límites en el cuerpo, para poder crear una imagen del mismo, y con ello ordenar sus sentidos y los objetos que lo circundan (Garbarino, 1999).

Los avances del niño con autismo son sumamente lentos o nulos, por lo tanto no debe de adelantarse a las verbalizaciones, interpretaciones o al contacto, ya que este tipo de acciones realizadas en un tiempo equivocado puede generar una angustia incontrolable, furia, o aislamiento total en el niño; mantener una atención flotante o “espera alerta” (Ruiz,1999, p.155) es fundamental, para así lograr que las acciones que se decidan realizar sean efectivas y no expongan al niño a sentimientos de desestructuración psíquica.

Ferrari, (1997, citado por Moreno, 1999) plantea que “(...) a través del lenguaje el terapeuta puede poner en palabras los sentimientos que surgen en el niño en relación con el terapeuta, y que en ese sentido la palabra tiene un valor estructurante” (p. 162).

Por otro lado, en cierto momentos poner el cuerpo es necesario como forma de intervención para que el niño pueda comprender ciertas cosas, podemos pensar esto como el intento por marcar una diferencia entre su cuerpo y el objeto, o su cuerpo y el espacio, esto ayuda a estructurar su psiquis.

⁴Exteriorizar lo que el niño hace. (Ruiz, 1999, p. 150)

En referencia a los aportes de Garbarino (1999), nuestro rol va a apoyarse en el interés por brindarle al niño un cuerpo que lo diferencie mediante intervenciones que nos ayuden a realizar dicho fin. Que configure su cuerpo, y organice el mundo externo son dos pilares importantes para que el niño con autismo pueda comenzar a crear el mundo interno.

Las experiencias se codifican y se hacen huella a través de la continuidad en el tiempo, esto es lo que falta en el niño autista, él y su realidad se ven empañadas por el aquí y ahora, no hay una real continuidad de hechos que logren historizar sobre su subjetividad, sino que lo que vivencia son solo eventos desconectados uno de los otros, y las sensaciones que esos hechos generan también son vividas separadamente.

Se plantea así la importancia al intento por ayudarlo a organizar su mundo externo a través de un ordenamiento temporal y espacial, considerando el espacio físico del consultorio, los horarios y días de encuentro, la disposición de los objetos en la sala, la organización de los juguetes dentro de la caja de juegos y el cuerpo del analista, etc.; contemplar los factores que hacen al encuadre psicoanalítico va a ayudar a la realización de una posible continuidad de eventos.

Richer (citado por Moreno, 1999) considera que lo esencial de las intervenciones del terapeuta es generar un sentimiento de dependencia en el niño, romper con la “seudo-autonomía” con la que cuentan, y de esta forma conformar un vínculo que habilite la comunicación.

El terapeuta sostendrá un aparato mental, con códigos, registros, direccionalidad e intencionalidad –en las interpretaciones-, que permitirá sostener y auxiliar los actos del niño. Siguiendo la línea de Tustin (1972) el contacto visual, o físico en ocasiones es consecuente de una sobre excitación, por tanto la comunicación debe darse de forma oral, realizando interpretaciones con palabras que el niño más o menos tenga interiorizadas, y para esto se necesita de la palabra de los padres, para así el terapeuta poder introducir las mismas dentro del encuadre.

El área de la comunicación es considerada por la mayoría de las corrientes teóricas que tratan el autismo como un síntoma del mismo, ya que en el niño es muy difícil que se pueda generar –al menos sin la ayuda del terapeuta y el fonoaudiólogo- una configuración léxica que permita la comunicación con las otras personas.

Las alteraciones del lenguaje son muy variadas, hay dificultades de señalización, una vocalización atípica, pobreza en la comunicación verbal o mímica, pocas imitaciones verbales y no verbales aparte de contar con ecolalia y ecopraxia, también hay errores de expresión y recepción del lenguaje sumado a dificultades en el área pragmática y a la imposibilidad de contextualizar sus verbalizaciones en detrimento de una situación determinada.

“El bebe humano atiende a la voz humana, y sobre todo a la de su madre, expresando con gestos, y aun con llanto que quiere ir a su encuentro” (Ruiz, 1999, p.129). Esto no sucede en el niño autista, no como forma de comunicación, puede responder a la necesidad de apego y posesión que el niño tiene con la madre y aquí yace la diferencia con los niños sin Autismo.

A decir de Leo Kanner, (1943, citado por Benavides, 1999) “el autismo es un trastorno afectivo de la comunicación” (p.189).

4.2 Abordaje y aportes para la superación de la crisis en los padres.

La posibilidad de recabar datos genéticos y familiares puede realizarse mediante algunas entrevistas a los padres. Luego evaluando la situación de cada niño se puede permitir la participación de los padres en los encuentros o no, estas acciones se pueden llevar a cabo para esclarecer signos y síntomas que nos den pautas para elaborar estrategias en el trabajo con el niño.

Por otro lado, se les debe brindar la ayuda profesional a ellos para poder trabajar las frustraciones y la convivencia con un niño autista. Devolverle la confianza de su función paterna, ayudarlos a superar la herida narcisista que les genera la condición de su hijo autista y acomodarse a las vicisitudes que implican dicho trastorno.

Los cuestionamientos de su rol, y su efectividad como padres siempre se ven reflejados en los discursos de ellos. El tener un hijo autista, les genera un dolor por verse enfrentados a un golpe al narcisismo parental con el que cada padre o madre cuenta, para lograr sobrellevar las situaciones del día a día, esto, sumado a la culpa que sienten por las fantasías inconscientes –el haber hecho algo mal, o haber lastimado o enfermado al hijo “sano”-, la desesperación que se puede traducir también en acusaciones a la otra persona, lleva en varios caso a la separación de la pareja por no poder subsanar estas heridas que la presencia de un hijo con autismo generan (Montano de Tosar, 1999).

Cramer (citado por Blenguini, Buca, Kitowska, Zito, 1993) dice “El discurso de la madre tiene el rol de simbolizar el comportamiento del niño” (p.77). Es difícil pensar que con un hijo autista la madre va a poder poner en palabras lo que al niño le sucede, de esta forma sienten su rol como madre activa, o madre suficiente cuestionado, atacado, o insuficiente.

Desde nuestro rol como psicólogos debemos evitar la inclinación hacia alguna de las corrientes, “El adherirse a una u otra postura expone a caer en un peligroso reduccionismo” (Prego, 1999, p.138).

En el trabajo con los padres es importante habilitar la escucha clínica, dejarlos expresar, preguntarse, que puedan realizar un trabajo de elaboración, que expresen lo que piensan, imaginan y desean. Poder sostener en forma real las angustias y cuestionamientos que surjan en los encuentros, dar lugar a desplegar las trabas que se generan por estar enfrentados a esta realidad “distinta”. Al exteriorizar los sentimientos se comienza a recorrer un camino para transformar lo que se siente y se piensa del hijo (Montano de Tosar, 1999).

Los sentimientos de amor-odio son comunes en estos padres, permitirse la exploración de lo que sienten, y exteriorizar esto va a generar una confusión aún más grande, sumado a la culpa y al rechazo de dicho sentimiento hacia la condición de su hijo. Montano de Tosar (1999), plantean que esto puede impulsar a acciones autopunitivas, el descuido de la imagen, la pérdida del trabajo, el aislamiento total, el abandono del hijo o de los hermanos, la separación de la pareja, etc.

Por nuestra parte debemos indagar sobre las características de los integrantes del núcleo familiar así como conocer a cada uno de los individuos que lo conforman, las formas de relacionarse entre los distintos subsistemas, observar y recabar datos que nos indiquen la forma de elaborar el duelo que los sujetos de la familia utilizan (angustia, defensas, negación, repulsión), las formas de explicarse lo sucedido, sea de forma racional, o con rasgos mágicos o fantasías, el compromiso de la pareja con respecto a la enfermedad y la forma de tomar dicho compromiso (informándose, evadiendo, haciéndose cargo del hijo con autismo, trabajando).

A modo de ejemplificar lo dicho anteriormente cito algunos apartados de las entrevistas que Reyes, (2013) escribe en su investigación, haciendo referencia a las reacciones que los padres tienen al respecto.

- Yo cuando puedo le ayudo con el niño, pero yo me la paso trabajando en el taller y llego por la noche cansado por eso ella cuida de Jonathan, lo lleva a las terapias y se hace cargo de él y d Joseph también (...) A mí me da duro lo del niño, por eso es que

también trabajo mucho porque me gusta estar distraído para no pensar en eso (...). (Francisco, 45 años de edad) (p.63)

- Cuando yo me levanto, entonces voy y le digo *“hola mi muñeco precioso”* (...) todo el tiempo, lo mimo, le digo yo te amo, te quiero mucho, y entonces él (refiriéndose al papá) también lo coge y lo abraza y lo besa, él es mucho cariño. (Mónica, 33 años de edad) (p.64)

Los hermanos también declararon en la investigación que Reyes realizó en el año 2013.

- Yo soy alejado de Jonathan, porque también uno se le acerca y mi mamá cree que es que uno le va a pegar, además con él no puedo hacer nada. (David, 15 años de edad) (p.66)
- Mi hermano no habla, pero uno con el tiempo sabe qué lo pone triste o feliz (...) a veces se altera si no le damos algo o se pone contento cuando sale al parque y cosas así (...) hay que saberlo tratar y yo lo quiero mucho. (Stephany, 11 años de edad) (p.75)

La recolección, y la puesta en práctica de las herramientas con las que contamos como profesionales, es la llave para lograr diagramar o estructurar estrategias de trabajo con el niño y con la familia.

Es difícil entender que el niño no va a satisfacer las necesidades de los padres ni las expectativas, y que éste no mantiene interés ninguno por los intentos que ellos realicen para estimular el vínculo con él; sentir que no hay una relación de ida y vuelta, que falta la retroalimentación necesaria para generar cualquier clase de vínculo, que no encuentran respuestas o avances alentadores que les den a entender que el hijo los escucha, los quiere, o los necesita, impacta de tal manera que genera muchas frustraciones y sentimientos repulsivos, que chocan con ese amor de madre y padre (Montano de Tosar, 1999).

El diagnóstico y la interpretación vienen a officiar como agente unificador, éstos van a brindarle al niño –y a su familia- una coherencia interna a esas sensaciones, así como también mediante las mismas se puede lograr que el pequeño pueda –escucha mediante- codificar estas interpretaciones y enlazarlas a las sensaciones. Empezando así, a armar un código que posibilite paso a paso la introducción del niño a un mundo más “simbólico”.

Por otro lado es entendible la dificultad que conlleva aceptar el espacio que se les brinda a los padres para que puedan expresar lo que sienten, porque el afectado sigue siendo el niño; en un discurso bastante desligado o descontextualizado, por la sobre-

implicación que tienen con la causa, se les hace imposible ver las extensiones del problema, y lo que éste incluye, como ser a ellos mismos.

5- REFLEXIONES FINALES.

“Tener autismo es una forma de ser diferente.

Es otra manera de procesar la información, de vivir,

de experimentar los estímulos, las sensaciones, las emociones.

Tener autismo no significa que una persona esté imposibilitada de sentir,

sino que, justamente, lo hace de otro modo.”

Cadaveiras, M. Waisburg, C. (2014)

“Autismos: Guía para padres” (p.105)

El T.E.A es considerado un trastorno que aún en pleno siglo XXI despierta un gran interés por contar con innumerables enigmas en lo que respecta a las causas que generan al mismo.

Escapando de las definiciones reduccionistas que solamente recortan y cierran el ámbito de trabajo y las posibilidades de intervención y planificación, considero que existen tantas definiciones de autismos como personas con autismo en el mundo.

Gracias a los relatos de familiares y a las investigaciones que se han desarrollado hasta el día de hoy, hay muchos avances con respecto a lo que esta compleja forma de organizarse contrae, y hoy podemos afirmar que el autismo ya no es una muralla que se nos presenta como impenetrable sino una pantalla sumamente permeable y dispuesta a transmitirnos sus formas.

La complejidad del trastorno se ve reflejada en los comportamientos de los Autistas, así como también en las preguntas que le surgen a las familias que tienen un integrante con diagnóstico de T.E.A, también en las reacciones que la sociedad tiene al estar enfrentados a un niño con autismo, y las imposibilidades del sistema educativo de lograr una verdadera integración de la discapacidad, (específicamente T.E.A).

El diagnóstico precoz puede permitir un enriquecimiento de la experiencia del niño afectado, modificando positivamente el pronóstico, maximizando el progreso y permitiendo la creación de más estrategias para el abordaje.

De este trabajo se desprende que hay un alto nivel de estrés en las familias de niños autistas, y correlativamente a mayor patología éste aumenta en gran medida. Lo que marcará una diferencia cualitativa en este ámbito será la forma de afrontar dicho estrés a nivel familiar, aunque también se debe distinguir que dentro de una misma familia los sujetos que la componen tienen diferentes capacidades para ello, y esto conlleva un desfase en las etapas por las que pasan dichos actores.

Estos conflictos suelen manifestarse por los conyugues (o uno de estos) que los vivencia, a través de respuestas emocionales que se actúan por medio de gestos, silencios, eventuales o recurrentes ausencias y demás acciones que tienden a la huida o al no seguimiento de la búsqueda de alternativas. (Reyes, 2013, p.63)

Las reacciones que se van haciendo huella en el comportamiento de los integrantes de la familia y las adaptaciones que también se manifiestan, configuran ciertos patrones dinámicos de relacionarse, que pasan por los roles que se van a ocupar dentro de la familia, así como los límites y formas de abordar los conflictos; con esto último presente, quizás se podría afirmar que las necesidades, y las creencias con las que cuentan sobre la discapacidad y el concepto de familia se van a ver diferenciadas dentro de cada integrante de la misma, de este modo se van a comenzar a designar los nuevos roles dentro de la dinámica familiar para hacer frente a la discapacidad de un integrante.

Es posible pensar que lograr diferenciar y delimitar los sentimientos, expresarlos, (intentando no agredir o culpabilizar al otro) y no negarlos, es parte de la consolidación de los individuos como padres y/o hermanos de un niño con discapacidad. Si los sentimientos hostiles y de rechazo son los predominantes en el núcleo familiar, las peleas y el mal estar se van a agudizar.

La posibilidad de lograr sobrellevar el estrés y la vida misma sabiendo que en el grupo familiar hay un niño autista, se ve influenciada también por factores económicos, sociales, y políticos.

Si se busca una real atención de calidad, la familia se verá inmersa en la necesidad de inversión tanto en tratamientos como en educación y la sociedad en la que se vive es de mucha importancia al momento de hablar de las posibilidades del niño y del estrés familiar, la inclusión, segmentación o segregación que se manifiestan, cambian de forma drástica la manera de transitar la vida con un hijo con autismo, así mismo las

políticas educativas con las que se cuentan al momento de incluir al niño en una institución. Las respuestas se comienzan a ver reflejadas en las leyes, y en las escuelas especiales que enfocan su política en la diversidad. Aunque los resultados se comiencen a ver de a poco, y queden muchas metas que alcanzar, el camino ya se comenzó a recorrer.

Como actores sociales, debemos apelar a la problematización de las diferentes medidas que se toman para llevar a cabo la inclusión del niño con autismo.

Es de vital importancia que la comunidad científica toda se interese por generar más conocimientos con respeto al T.E.A.

Reconocer que una familia con un hijo autista pasa por etapas decisivas que configuran su estilo de vida; conocer las dinámicas familiares con sus características particulares y maneras de relacionarse, permitirán pensar diferentes formas de intervención, e ir expandiendo el campo de investigación hacia lo laboral, lo cultural, lo educativo, y lo político, apostando a pensar estos ámbitos de forma más inclusiva.

REFERENCIAS.

- Benavides, C. (1999). "Lenguaje y comunicación" En: Prego, L (1999). *Autismos, revisando Conceptos*. (pp.186-191) Montevideo: Trilce.
- Bernardi, R., Cerutti, A., Cerutti, S., Zas, A., & Zinter, R. (1993). Interacción: El reconocimiento materno del niño como interlocutor. En: Freire de Garbarino, M (1993.) "*1ras Jornadas Internacionales de Interacción Temprana*" (pp.11-30) Montevideo: RocaViva.
- Blenguini, M., Buca, E., Kitowska, S., & Zito, G. (1993). Alcances y límites producidos por las intervenciones terapéuticas breves en el vínculo madre-hijo, a propósito de dos casos. En: Freire de Garbarino, M. (1993). "*1ras Jornadas Nacionales Interacción Temprana*" (pp.77-104) Montevideo: RocaViva.
- Bleuler, E. (1911). "Los síntomas fundamentales". En: Bleuler, E (1993) *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias*. (pp.21-103) Bs. As: Lumen.
- Bleuler, E. (1911). "Los síntomas accesorios". En: Bleuler, E. (1993) *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias*. (pp.104-239) Bs. As: Lumen.
- Cabot, P., & Mila, J. (1993). "La interacción terapeuta en la interacción temprana con niños ciegos." En: Freire de Garbarino, M. (1993.) "*1ras jornadas internacionales de interacción temprana*" (pp.41-61) Montevideo: RocaViva.
- Cuxart, F., & Fina, L. (S/A). El autismo: aspectos familiares". *On-line trainautism*
Recuperado de:
<http://www.autisme.com/autism/documentation/documents/EI%20efecto%20de%20un%20hijo%20con%20autismo%20en%20la%20familia.pdf>
- Fernandez, R. (1999). "Aspectos Neurobiológicos del Autismo y los Síndromes Autistas". En: Prego, L. (1999). *Autismos, revisando conceptos*. (pp.104-113) Montevideo: Trilce.
- Garbarino, H. (1993). El yo y el ser en los fronterizos. *Revista Uruguay De Psicoanálisis APU* (s/p).
- Garbarino, H. (1999). "El autismo desde el punto de vista de la teoría del ser". En: Prego, L (1999) *Autismos. Revisando Conceptos*. (pp.114-125) Montevideo: Trilce.
- Kanner, L. (1951). *Tratado de Psiquiatría Infantil*. Santiago de Chile: Zigzag.

- Martínez de Bagattini, M.C. (2001). "Psicopatología psicoanalítica del autismo y las psicosis infantiles". En: Martínez de Bagattini, M.C. (2001). *Clínica y psicopatología del autismo y la psicosis infantil*. (pp.71-116) Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.
- Medici de Steiner, C. (2001). "Aportes de Donald Melzer: Peculiaridades del autismo y postautismo" En: Martínez de Bagattini, M.C. (2001) *Clínica y Psicopatología del autismo y la psicosis infantil*. (pp. 121-126) Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.
- Meltzer, D. & Otros. (1979) *Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*. Bs.As: Paídos.
- Montano de Tosar, G. (1999). "Nuestra experiencia en el trabajo con padres de niños autistas" En: Prego, L. (1999). *Autismos, Revisando Conceptos*. (pp. 192-199) Montevideo: Trilce.
- Moreno, P. (1999). "Psicoterapia con niños autistas". En Prego, S. (1999). *Autismos, revisando conceptos*. (pp. 158-163) Montevideo: Trilce.
- Pallarès, J., & Paula, I. (2012). "El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/08.pdf>
- Press, S., & Cuore, L. (2001). "Psicosis infantil". En: Martínez de Bagattini, M.C. (2001). *Clínica y Psicopatología del autismo y la psicosis infantil*. (pp. 7-31) Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.
- Quadrelli, R. (1999). "Autismo y genética". En Prego, L. (1999). *Autismos, revisando conceptos*. (pp.77-82) Montevideo: Trilce.
- Reyes, J. (2013). *Autismo y familia: una relación silenciosa*. (Tesis de Grado) Universidad del Valle. Santiago de Cali. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/7567/1/CB-0491648.pdf>
- Riviere, A., & Martos, J. (2000). *El niño pequeño con autismo*. APNA.
- Ruiz, M. (1999). "Aspectos clínicos de los síndromes autistas. Sintomatología. En: Prego, L. (1999). *Autismos, revisando conceptos*. (pp.126-134) Montevideo: Trilce.

Tallis, J. (1988). Nuestra experiencia con la teoría de la mente. En: Tallis, J. (comp.).
(1988). *Autismo infantil: lejos de los dogmas*. (pp.185-204) Madrid: Niño y
Davila editores.

Tustin, F. (1991). *Autismo y Psicosis Infantiles*. Bs. As: Paídos Ibérica S.A.