
Trabajo Integrador final.

"Duelo y reorganización familiar tras el diagnóstico de TEA: perspectivas integradas."

Modalidad: Ensayo.

Autora: Masciotta Debora

Legajo: M-3129/1

DNI: 33097173

Mail: masciottadebora@gmail.com

Docente responsable: Melina Mizrahi

Año: 2026

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por confiar en mí desde el primer día que decidí elegir esta profesión, y por el apoyo que hizo posible que llegue hasta acá. A quienes hoy están presentes, y también, a quienes ya no están, pero continúan acompañándome desde otro lugar.

A mi compañero de vida, por comprender los tiempos y los desafíos que implicó este proceso, por acompañarme con paciencia y amor.

A mis compañeras y hoy amigas que me regaló la facultad, por todo lo aprendido, los abrazos y el tiempo compartido, por haber sido el sostén fundamental en los momentos de duda, cansancio y dificultad.

A mis amigas/os, los que están cerca y los que están lejos, quienes me acompañan desde distintos lugares y momentos de mi vida, por el amor y la presencia constante que hicieron posible transitar este recorrido sin sentirme sola

A cada una de las personas que, de una u otra manera, estuvieron presentes durante este proceso de formación, acompañando, alentando y compartiendo palabras. Y especialmente a quienes se tomaron el tiempo de leer este trabajo y ofrecer una devolución.

Y sobre todo, a mí misma, por la perseverancia.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
APARTADO I	6
EL DIAGNÓSTICO DE TEA: IMPACTO SUBJETIVO Y FAMILIAR	6
APARTADO II	9
DUELO COMO EJE DE LA REORGANIZACIÓN FAMILIAR	9
APARTADO III	13
LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA FAMILIAR FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE TEA. TENSIONES, REORGANIZACIÓN Y CAMBIOS.	13
CONCLUSIÓN	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

INTRODUCCIÓN

*Viví así, solo, sin nadie con quien hablar verdaderamente,
hasta que tuve una panne en el desierto de Sahara, hace seis años.*

Algo se había roto en mi motor.

*Y como no tenía conmigo ni mecánico ni pasajeros,
me dispuse a realizar, solo, una reparación difícil.*

Era, para mí, cuestión de vida o muerte.

Antoine De Saint - Exupéry

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) constituye actualmente uno de los principales desafíos en el campo de la salud, tanto por la complejidad de sus manifestaciones clínicas, como así también por el impacto significativo que produce en la vida familiar y social. Comprender el TEA implica superar una mirada exclusivamente individual y abrirse a una perspectiva más amplia que incorpore tanto el desarrollo del niño o niña como también el entramado de vínculos, emociones y recursos que rodean el sistema familiar. En este sentido, un diagnóstico daría inicio a un proceso de nominación clínica que excede lo técnico y produce movimientos de desorganización y posterior reacomodación del sistema familiar.

Aunque el diagnóstico clínico es un proceso formal y estructurado, su función no se reduce a la clasificación de signos y síntomas. Al inscribirse en un entramado vincular, el diagnóstico adquiere una dimensión ética y relacional, generando efectos que van más allá del sujeto individual y alcanzan a todo el sistema familiar, modificando expectativas, roles y rutinas. Howard Goldman (1989) plantea que el clínico observa patrones para nombrar y clasificar; sin embargo este acto de nominación implica también una dimensión de poder simbólico, pues traza fronteras entre lo normal y lo patológico. Por su parte, Natalia Molina (2019) advierte sobre el riesgo de vulneración que supone la etiqueta si ésta reduce lo singular a lo general.

Según El DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) “el TEA es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado principalmente por dificultades en la interacción social, la comunicación y el lenguaje, así como por la presencia de conductas repetitivas e intereses restringidos” (American Psychiatric Association, 2013). Ahora bien, más allá de las categorías clínicas, la recepción del diagnóstico suele generar una respuesta emocional intensa en la familia, con sentimientos de tristeza, culpa e incertidumbre, que requieren un proceso de ajuste y elaboración. Este proceso puede conceptualizarse como

un duelo por la pérdida del hijo/a ideal, es decir, aquella representación previa que los padres tenían sobre su hijo o hija, que exige resignificaciones y reconfiguraciones a nivel individual y familiar.

Freud (1976) define el duelo como “la reacción a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces” (p. 241). Desde esta perspectiva intrapsíquica, el duelo es un trabajo de elaboración interior que posibilita la restitución de la relación con la vida psíquica, una vez que la pérdida ha sido asumida. Si se articula este concepto con el enfoque sistémico, es posible pensar que el trabajo de duelo da lugar tanto a un proceso individual como también a un movimiento que se inscribe y se replica en las interacciones familiares. La pérdida del hijo ideal implica una reorganización de expectativas, roles, vínculos que exigen tanto la elaboración interna de cada miembro como ajustes relacionales en el sistema. Blanca Nuñez (1991) describe este momento como “una situación de crisis accidental” (p. 15) que convoca al grupo a elaborar colectivamente la experiencia, subrayando que la crisis atraviesa a todos los subsistemas, aunque no siempre en sincronía.

Para comprender cómo esta crisis afecta los vínculos, resulta esencial recurrir a la mirada de Salvador Minuchin (1991), quien define a la familia como un sistema vivo en constante movimiento. Para este autor, la familia no es una entidad estática, sino un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de una estructura organizada. Esta estructura se manifiesta a través de pautas transaccionales que regulan la conducta y la cercanía entre los integrantes, ofreciendo un marco de identidad y pertenencia que resulta vital para el desarrollo individual. Es precisamente esta estructura la que debe flexibilizarse ante el diagnóstico para evitar la rigidez.

De este modo, el presente trabajo articula conceptos procedentes del psicoanálisis y la perspectiva sistémica con el objetivo de interrogar por qué un diagnóstico de TEA tiene un impacto profundo en el sistema familiar, y cómo los procesos de duelo y reestructuración posibilitan nuevas formas de organización familiar. Para ello se aborda el diagnóstico de TEA, más allá de sus criterios clínicos (DSM-5), entendiendo este acto de denominación con implicancias simbólicas, sociales y éticas. Se analizan las etiquetas y el estigma, el poder simbólico de la nomenclatura y de qué manera la confirmación diagnóstica rompe expectativas y desencadena procesos emocionales y relacionales que impulsan el duelo y la readaptación sistémica. Así mismo, se integra la definición de duelo desde una perspectiva psicoanalítica y un enfoque sistémico. Se conceptualiza la pérdida del hijo ideal y la noción para explicar por qué la noticia diagnóstica genera un duelo atravesado por ambivalencias. Se incorpora la idea de “situación de crisis accidental” y se discute cómo la elaboración de

duelo favorece la resignificación colectiva y la resiliencia familiar. Para ello se analiza la familia como una unidad interactiva que se transforma ante el diagnóstico, desarrollando los conceptos de límites, homeostasis, y flexibilidad, y examinando cómo se reestructuran hábitos, rutinas y roles frente a las nuevas demandas. A la vez, se profundiza en el impacto diferenciado en subsistemas específicos (conyugal, parental y hermanos) considerando la singularidad del TEA dentro del entramado familiar.

APARTADO I

EL DIAGNÓSTICO DE TEA: IMPACTO SUBJETIVO Y FAMILIAR

“- Adiós - dijo el zorro-. He aquí mi secreto.

Es muy simple: no se ve bien, sino con el corazón.

Lo esencial es invisible a los ojos”

Antoine Saint-Exupery

Desde una perspectiva clásica, Howard Goldman define el diagnóstico como un proceso que generaliza una enfermedad, mediante el cual los síntomas y signos observados, informados o inferidos en un paciente son equiparados a una entidad o síndrome patológico conocido (Goldman, 1989, p. 129). Para este autor, el clínico identifica y analiza los patrones, signos y síntomas característicos de un trastorno determinado y, a partir de ello, asigna una denominación diagnóstica. Esta nominación supone que el conjunto de manifestaciones presentes en ese paciente en particular guarda semejanza con los patrones observados en otros sujetos a quienes se le ha atribuido el mismo diagnóstico.

Esta concepción del diagnóstico, centrada en la identificación y equiparación de patrones de signos y síntomas, encuentra su expresión en los sistemas clasificatorios contemporáneos. En este sentido, el DSM- 5 funciona como dispositivo de referencia que permite, ordenar y nombrar las manifestaciones clínicas observadas, inscribiendo los padecimientos en categorías compartidas por los profesionales. Además, este manual define al autismo como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits persistentes en la comunicación e interacción social, manifestados en diversos contextos y acompañado de patrones de comportamientos repetitivos. Estos síntomas aparecen en la infancia y limitan o impiden el funcionamiento cotidiano (American Psychiatric Association, 2013, pág 53.) La noción de espectro intenta dar cuenta de la diversidad de las presentaciones clínicas, reconociendo variaciones según la gravedad, el nivel de desarrollo y la edad cronológica.

No obstante, aun cuando el propio manual subraya la diversidad de manifestaciones, la condensación de la sigla TEA tiende a generalizar experiencias singulares, reduciendo al niño/a a una denominación abreviada, obturando la lectura de su historia, de su contexto y de sus vínculos. En este punto, la categoría diagnóstica corre el riesgo de operar más como un rótulo que como una herramienta clínica. Ese niño/a pasa a ser designado por una categoría: ahora es “un TEA”. Como advierte Molina (2019), “nominar es síntoma de una

época que no para de inventar niños que encajan a la perfección en tres, a lo sumo cuatro letras” (p. 142). Esta reducción puede conducir a que la infancia sea mirada únicamente desde el déficit, dejando de lado sus singularidades, sus recursos y sus potencialidades de desarrollo. Por eso resulta fundamental abrir el enfoque a las posibilidades de intercambio y vínculo que el niño/a logre desplegar. Es imprescindible alojar al niño/a más allá de la etiqueta favoreciendo la filiación parental y la construcción simbólica de un lugar que permita a la familia reconocerlo como hijo/a y acompañar su desarrollo integral.

Surgen entonces algunos interrogantes: ¿esta sigla opera como un sostén que organiza y tranquiliza o intensifica la incertidumbre, el miedo y la sensación de pérdida frente al futuro? ¿Cómo incide esta nominación en el trabajo de duelo por el hijo/a imaginado y en la posibilidad de inscribir al hijo/a real en una trama de filiación que no quede absorbida por el diagnóstico?

La creciente circulación de información y discursos en torno al TEA ha generado una mayor visibilización en cuanto al diagnóstico y ha transformado la percepción social de la infancia, modificando experiencias parentales en los primeros años de crianza.

Si bien este escenario ha contribuido a la detección temprana, también ha generado una atmósfera de alerta constante en los padres, incidiendo en el modo en que se construyen las primeras sospechas y se transita el camino hacia una evaluación formal. Para muchas familias, recibir un diagnóstico de TEA representa el fin de una búsqueda extenuante; un nombre que ofrece una explicación necesaria a lo que, hasta entonces, resultaba inasimilable.

No obstante, esta confirmación clínica porta una ambivalencia: mientras que para algunos opera como un alivio que ordena el caos, para otros profundiza la desorientación inicial. Por ello, el impacto emocional del diagnóstico debe situarse como el eje central del abordaje clínico. Entender que la angustia de los padres es la primera respuesta adaptativa del sistema, permite que el tratamiento no se limite sólo a la intervención del niño/a, sino que aloje y acompañe las inquietudes de una familia, que a partir de ese instante, comienza a reorganizar su identidad.

APARTADO II

DUELO COMO EJE DE LA REORGANIZACIÓN FAMILIAR

“Fue el tiempo que pasaste con tu rosa, lo que la hizo tan importante”

Antoine Saint - Exupery

El nacimiento de un hijo implica un evento biológico pero sobre todo un acontecimiento psíquico cargado de significaciones preexistentes. Antes de la llegada del hijo real, existe en el sistema familiar un hijo esperado o imaginado construido por los padres a partir de sus propios ideales y deseos. Esta representación simbólica, que le otorga al niño un lugar en la historia familiar, sostiene el vínculo durante algún tiempo, hasta que, necesariamente, se produce el encuentro con el hijo real. Sin embargo, tal como plantea Clemencia Baraldi (2018) “cuando nace un niño que porta desde el vamos el sello de una patología, orgánica, neurológica o genética, se ve afectado el proceso de filiación” (p. 73).

Si bien todo nacimiento exige el abandono de la imagen idealizada del hijo/a existe una diferencia sustancial cuando el niño/a presenta una dificultad en su desarrollo, esa brecha entre lo esperado y lo real. En este sentido, Baraldi (2018) se pregunta por la diferencia entre el duelo que se realiza ante la llegada de un hijo sin patologías, y aquel que debe efectuarse con la llegada de un niño con dificultades. Según esta autora, la diferencia fundamental radica en el tiempo. En un desarrollo típico, el sistema dispone de un periodo inicial de “enamoramiento” que permite consolidar el vínculo antes de que se manifieste la distancia entre el hijo ideal y el real; una brecha que en estos casos, suele ser transitable.

Si bien toda crianza implica momentos de crisis y desafíos, lo que distingue al diagnóstico de TEA es el momento y la forma en que irrumpen en la vida familiar. El TEA no se presenta desde el inicio de la crianza, sino que emerge a partir de la observación de ciertas conductas que preocupan a los padres y los lleva a solicitar una consulta formal. La confirmación diagnóstica suele ocurrir alrededor de los 18 a 24 meses o incluso más tarde, cuando la familia ya ha consolidado su identidad, sus rutinas y sus expectativas sobre el hijo/a. Por lo tanto, para que la familia pueda reestructurarse resulta imperativo no solo ingresar en el proceso de duelo, sino también generar las condiciones para poder salir de él, evitando que el sistema quede fijado a la pérdida.

En un desarrollo típico, la distancia entre el hijo ideal y el hijo real, se procesa de manera gradual. Los padres proyectan expectativas (lo esperable según hitos culturales y familiares) y aunque el niño real nunca coincide plenamente con ese ideal, las diferencias se integran como parte de una singularidad. En este caso, la brecha funciona como un espacio que permite al niño/a, diferenciarse de los deseos parentales, preservando el lazo vincular.

Resulta fundamental precisar que las expectativas parentales no se construyen en el vacío, sino que están ancladas en lo que la cultura define como “lo esperable”. Estos mandatos sociales dictan formas de desarrollo que funcionan como garantías de normalidad: sonrisa, lenguaje, mirada, el juego compartido/simbólico, la reciprocidad afectiva.

Tras un diagnóstico de TEA, este marco de referencia suele desmoronarse. Lo esperable se convierte en una fuente de dolor ante la evidencia de que ese niño/a no responde a los estímulos del modo previsto por el manual social. Esta ruptura no solo afecta la imagen del hijo, sino que cuestiona la identidad de la familia.

Por lo tanto, el impacto del diagnóstico se conceptualiza, en términos de Blanca Núñez (1991), como una “crisis accidental”, que irrumpe de forma brusca e imprevista, presentándose como un evento traumático que supera la capacidad de respuesta inmediata del sistema. Esta irrupción no sólo destruye las fantasías sobre el hijo/a ideal, sino que produce una ruptura en la homeostasis del sistema familiar, ese equilibrio dinámico que permite al grupo funcionar con cierta previsibilidad.

Esta crisis coloca a los padres en un estado de desprotección psíquica, donde los mecanismos de defensa habituales resultan insuficientes para metabolizar la noticia. Al tratarse de un evento que no fue buscado ni anticipado, la familia se ve en la tarea de iniciar un proceso de duelo diferente, una reorganización forzada. La meta de este proceso no es retomar el equilibrio previo, sino construir una nueva estructura familiar que pueda integrar la realidad del TEA sin quedar desarticulada por el dolor o la negación.

En palabras de Blanca Núñez (1991) “el duelo no se elabora de una vez y para siempre, sino que, ante cada nueva etapa de crecimiento del hijo/a, se da una recreación del mismo” (p. 25). Este proceso se reactualiza tanto en relación a los cambios del niño/a, como también, al propio recorrido vital de los padres, quienes, a lo largo del tiempo, se enfrentan a nuevas preguntas, cansancios e inquietudes, particularmente en relación al futuro del hijo/a y la incertidumbre respecto a su cuidado cuando ellos ya no estén.

Para comprender la magnitud de este proceso, resulta ineludible recurrir a la

conceptualización freudiana del duelo. Sigmund Freud lo define como “la reacción a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, tales como la patria, la libertad, un ideal”. Esta definición permite desplazar el foco de la pérdida física a la pérdida simbólica: los padres no han perdido a su hijo/a, sino a la representación idealizada que sostenían sobre él.

Freud sostiene que el duelo no es un estado pasivo, sino un trabajo que requiere un gran gasto de energía y tiempo. Según el autor, el examen de realidad muestra que el objeto amado ya no existe (en este caso, el hijo esperado). Este proceso no se realiza de “buen grado” como dice Freud, por el contrario, se ejecuta “pieza por pieza”. Se trata de un proceso que requiere tiempo y que resulta doloroso, porque el sujeto se rehúsa a abandonar los lazos que lo unían a ese ideal. En el contexto de las familias con un diagnóstico de TEA, este gasto energético podría explicar el agotamiento emocional, tras la tarea de tramitar aquello que ya no podrá ser.

Es interesante poder articular y pensar estos conceptos tanto desde la noción freudiana como también desde la perspectiva sistémica, ya que el proceso de duelo incide tanto individualmente como también en las interacciones familiares. La elaboración individual de la pérdida convive con la reorganización de expectativas, roles, rutinas que exigen ajustes relacionales. La noticia diagnóstica actúa como un evento que rompe la homeostasis del sistema, y convoca a todos los subsistemas (conyugal, parental y fraterno) a elaborar colectivamente la experiencia. De este modo, la elaboración intrapsíquica de duelo y la adaptación sistémica podrían ser procesos interdependientes: el trabajo interior habilita cambios en la reorganización de lazos afectivos, mientras que los cambios relacionales favorecen la resignificación colectiva y la restauración funcional del sistema.

Retomando a Blanca Núñez (2005), esta autora analiza la respuesta inicial como una crisis que atraviesa distintas fases, aunque subraya que cada miembro tiene una modalidad propia de duelo que no siempre está en sincronía con el resto del sistema, dependiendo de sus recursos individuales:

- Etapa de Shock y conmoción: se da como respuesta inmediata ante la información nueva, con la confirmación del diagnóstico.
- Etapa de negación: implica percibir la fatalidad de la pérdida, pero acompañada de un intento de no admitir, caracterizada por sentimientos de anhelo y búsqueda del “hijo que debería haber sido”

- Etapa de recuperación o de equilibrio: es un momento en el cual se llega a un lento reconocimiento y aceptación de lo irreparable de la pérdida. Es en esta etapa que los padres pueden encontrarse con el hijo real deficitario.
- Etapa de reorganización: implica por parte de los padres una renuncia a la esperanza de recuperar al hijo perdido y una actitud de aceptación del hijo real, con sus posibilidades y sus limitaciones.

La autora destaca que las dos primeras etapas corresponden a un periodo de desorganización del grupo familiar, en el cual se rompe la estructura del sistema, su funcionamiento y, por lo tanto, su homeostasis. Sin embargo, esta desorganización inicial, con su desborde emocional, forman parte de una respuesta sana a una noticia devastadora.

Por lo tanto, se entiende al duelo como un proceso individual, relacional y dinámico que el sistema debe transitar y experimentar, asumiendo que cada grupo familiar lo atraviesa como una experiencia singular y subjetiva. En términos saludables conduce a la familia a una reorganización adaptativa. Este estado se caracteriza por una mayor flexibilidad estructural, la cual permite redistribuir roles y funciones, y por una conexión emocional que fortalece los vínculos a pesar de la adversidad. En este sentido, esta organización favorece la construcción de una identidad familiar que logre integrar el TEA como parte de su historia y de su funcionamiento cotidiano.

Por el contrario, cuando el trabajo de duelo se detiene y la reorganización falla, el sistema podría conducir a la rigidez. En estos casos, comienzan a manifestarse indicaciones disfuncionales que dan cuenta de la imposibilidad de integrar la pérdida del ideal.

APARTADO III

LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA FAMILIAR FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE TEA. TENSIONES, REORGANIZACIÓN Y CAMBIOS

*“- Los hombres han olvidado esta verdad- dijo
el zorro-. Pero tú no debes olvidarla.
Eres responsable para siempre de lo que has domesticado.
Eres Responsable de tu rosa...”
Antoine Saint-Exupery*

La comprensión de la dinámica familiar ante un diagnóstico de TEA requiere, como hemos visto, una aproximación sistémica. Desde la teoría general de los sistemas de Ludwig Von Bertalanffy, la familia se entiende como un sistema cuya identidad depende tanto de sus componentes como de las relaciones que los articulan. Este autor distingue entre sistemas abiertos y cerrados, centrando su análisis en los sistemas abiertos. Estos se definen como un conjunto de elementos y relaciones que intercambian materia, energía e información con su entorno (Bertalanffy, 1976). En la familia, esa dinámica, permite co-construir subjetividades y expectativas. Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, la confirmación diagnóstica desarticula marcos referenciales culturalmente establecidos sobre lo esperable y provoca una ruptura en la homeostasis que exige respuestas adaptativas inmediatas.

En esta misma línea, Salvador Minuchin (1974) concibe a la familia como un *sistema multi-individual*, una unidad viva y organizada, que se estructura y funciona a través de subsistemas diferenciados. Estos subsistemas (conyugal, parental, fraterno) se encuentran regulados por límites o reglas transaccionales que definen quién participa y cómo. La alteración producida por el diagnóstico impacta directamente en esta organización estructural con consecuencias específicas.

El subsistema conyugal, según la perspectiva de este autor, “se constituye cuando dos adultos se unen con la intención de constituir una familia” (Minuchin, 1974, p. 92). Este nivel en la organización familiar presenta tareas y funciones específicas, centradas primordialmente en brindar apoyo mutuo.

Tras el diagnóstico de TEA, este subsistema suele verse particularmente tensionado y vulnerado. La intensidad y la continuidad de las demandas de cuidado propias del autismo, que muchas veces implican vigilancia permanente, reorganización de los espacios domésticos, gestión constante de tratamientos y un estado de alerta sostenido, tienden a

absorber gran parte del tiempo y la energía psíquica y emocional de los padres. A diferencia de lo que ocurre en un desarrollo típico, en el TEA estas exigencias se intensifican y se prolongan en el tiempo, afectando el descanso, la intimidad y los espacios de encuentro de la pareja. En este contexto, la pareja corre el riesgo de quedar capturada casi exclusivamente a funciones de cuidado, supervisión y tratamientos terapéuticos. Todo parece comenzar y terminar en ellos, que son quienes organizan, anticipan, previenen y sostienen, muchas veces sin pausas ni relevos.

Es habitual dentro de los subsistemas que las funciones y los roles cambien. Por lo general un cónyuge asume un rol más activo y principal en los tratamientos terapéuticos y cuidados intensivos; la mayoría de las veces ese rol es asumido por la madre. Este desequilibrio altera la dinámica conyugal, que frecuentemente incurre en un desligamiento de sus funciones de apoyo mutuo y esparcimiento.

Con el nacimiento del primer hijo, el sistema alcanza un nuevo nivel de organización familiar. El subsistema parental, según Minuchin, adquiere la responsabilidad de establecer límites y jerarquías que permitan el desarrollo de los miembros más jóvenes.

Ante el diagnóstico de TEA este subsistema asume una complejidad mayor ya que el desafío principal aquí es evitar que la función parental se torne rígida y desequilibrada. Un subsistema parental saludable (en el mejor de los casos) es el que logra proteger y guiar al hijo con diagnóstico sin anular la autonomía y sin descuidar la necesaria diferenciación del espacio conyugal.

Otro desafío es la construcción de una mirada compartida sobre el diagnóstico de TEA. La falta de acuerdos en las pautas de crianza o en la aceptación de este diagnóstico puede generar grietas en la función parental, derivando en figuras de autoridad sobreprotectoras o, por el contrario, distantes, lo que podría dificultar la implementación de un marco de estabilidad para el niño/a.

Por último, también se encuentra el subsistema fraterno, compuesto por los hermanos, que “es el primer laboratorio de relaciones con pares” (Minuchin, 1974, p. 97). En familias con TEA, este subsistema suele experimentar una “invisibilización”, donde los hermanos pueden asumir responsabilidades precoces o sentir que sus necesidades quedan en segundo plano frente a las urgencias del hermano/a con diagnóstico.

La ruptura de límites generacionales posiciona al hermano/a en una jerarquía inadecuada y lo obliga a asumir responsabilidades crónicas. Este fenómeno interfiere gravemente con su propia etapa de desarrollo y proceso de individuación, al postergar sus necesidades de exploración y autonomía a favor del mantenimiento de la homeostasis

familiar, volviendo sus propios requerimientos psicosociales invisibles para el sistema.

Luego de analizar la dinámica de los tres subsistemas, resulta necesario aclarar que estos no funcionan como entidades aisladas, sino que mantienen una interdependencia. Lo que sucede en el vínculo de la pareja repercute inevitablemente en la función parental y, por consiguiente, en el subsistema fraterno. Esta mirada permite comprender que el diagnóstico de TEA no afecta a un individuo aislado, sino que impacta en la vida familiar completa. Por lo tanto, la salud del sistema depende de mantener límites flexibles como para permitirse pedir ayuda y lo suficientemente firmes como para proteger la identidad de cada miembro frente a la crisis.

Es fundamental destacar que, al describir la salud del sistema, se hace referencia a un horizonte ideal de reorganización adaptativa. Sin embargo, este proceso no debería traducirse en una exigencia desmedida o en la culpabilización de las figuras parentales. Se comprende que los padres atraviesan su propio duelo mientras intentan sostener la crianza, por lo tanto, las dificultades en la diferenciación de los subsistemas o la rigidez en los roles suelen ser respuestas esperables ante una realidad disruptiva.

En conclusión, el funcionamiento armónico depende de que los límites sean claros, protegiendo la diferenciación entre las unidades internas. Es a través de las pautas transaccionales (reglas que regulan la conducta y la relación entre los miembros) que el sistema se mantiene y afirma. La importancia de esta matriz es profunda ya que, tal como afirma Minuchin (1974), “el sentido de identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica” (p.123). De esta manera la identidad del niño y la identidad familiar crecen en conjunto, ancladas en estas pautas y en las expectativas mutuas.

Por este motivo, la reorganización ante el diagnóstico de TEA resulta necesaria para lograr alojar al “hijo real”. Este proceso de aceptación exige la creación de pautas transaccionales y límites que las expectativas previas no contemplaban. En este sentido, la terapia estructural buscará modificar esta organización, bajo la premisa de que *“cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifica consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo”* (Minuchin, 1974, p. 20). Así el cambio en la estructura permite una mejor distribución del cuidado y facilitar una nueva dinámica vincular, donde el diagnóstico puede ser integrado sin anular la identidad de los demás miembros.

El desafío de la reorganización se traduce en una tensión inmediata en las fronteras y roles internos. Minuchin subraya que la operación en los extremos de los límites (aglutinamiento y desligamiento) es indicadora de riesgo. Esto significa que en un extremo,

el aglutinamiento se manifiesta como una respuesta de sobreprotección donde los límites entre los miembros se vuelven difusos, asfixiando la autonomía individual en pos de la urgencia del cuidado. En el otro, el desligamiento aparece cuando los límites se tornan excesivamente rígidos generando una desconexión emocional que deja a los miembros aislados en su propio sufrimiento. En ambos casos, la capacidad del sistema familiar para metabolizar la nueva realidad se ve seriamente comprometida, lo que podría dificultar una adaptación saludable.

Ante la necesidad de acomodación que impone la diversidad funcional asociada al TEA, la familia suele movilizarse hacia alguna polaridad, fenómeno que se ve exacerbado por la naturaleza crónica del proceso. Sin embargo, esta polarización puede comprenderse como una respuesta del sistema familiar frente a las demandas y al estigma de un entorno social rígido. De este modo, la familia debe resolver situaciones que emergen dentro del propio sistema y, simultáneamente, afrontar los efectos del diagnóstico, así como las demandas que se van actualizando en cada nueva etapa vital, tales como: ingreso escolar, adolescencia, vida adulta.

Resulta claro, entonces, que la clave de la salud familiar no radica en la ausencia de crisis, sino en la flexibilidad para modificar sus pautas transaccionales y límites frente a las nuevas situaciones. En este sentido, resulta fundamental alcanzar un nuevo equilibrio funcional que permita la contención, la diferenciación de roles y la integración efectiva de las nuevas necesidades.

La sobrecarga emocional y física, junto con la tendencia a evitar o enfrentar lo emocional, impide una adecuada metabolización conjunta del duelo. En términos sistémicos, metabolizar significa procesar como una unidad, asimilar, digerir y transformar, la información ligada al diagnóstico, de modo tal que el sistema pueda usarla para adaptarse. Cuando este proceso falla cada integrante queda aislado en su dolor intensificando la asimetría de roles y el riesgo de crisis en el vínculo.

En este marco, la promoción de la resiliencia familiar es un objetivo central. La resiliencia supone la capacidad del sistema para transformar la crisis en una oportunidad de crecimiento, utilizando la flexibilidad estructural (Minuchin, 1974) para adaptarse.

John Rollan (2011), por su parte, destaca la importancia de las narrativas familiares en la construcción de significado frente a la adversidad. Así la integración del diagnóstico en la identidad familiar se favorece cuando la familia logra construir una narrativa resiliente, capaz de diferenciar la condición del TEA de la identidad total del niño y del grupo familiar. De este modo, el diagnóstico puede ser concebido como un andamiaje orientador y no como

la totalidad de la existencia. Solo a través de este equilibrio entre lo perdido y lo que permanece, el sistema podrá reorganizarse, recuperar su funcionalidad y proyectar un futuro que incluya el diagnóstico sin quedar definido por el.

CONCLUSIÓN

*-El desierto es bello- agregó.
Es verdad. Siempre he amado el desierto.
Puede uno sentarse sobre un médano de arena.
No se ve nada. No se oye nada.
Y sin embargo, algo resplandece en el silencio.
-Lo que embellece el desierto- dijo el principito-
es que esconde un pozo en cualquier parte...*

A lo largo de este trabajo se reflexionó sobre el diagnóstico de TEA como un acontecimiento que produce efectos subjetivos, familiares y sociales. Lejos de reducirse a una clasificación nosográfica, el diagnóstico debería mostrarse como un punto de inflexión que inaugure preguntas, reorganizaciones y procesos de elaboración que exceden al niño/a y alcanzan al conjunto familiar. En este sentido, el recorrido permitió sostener que el diagnóstico no fija un destino, sino que abre un campo, ético y vincular, en el que el pronóstico, el acompañamiento y el modo en que se aloja a la familia resultan decisivos.

Desde esta perspectiva, pensar el duelo asociado al diagnóstico se vuelve central, un proceso necesario para la reconfiguración de la identidad familiar. La posibilidad de elaborar esa pérdida, (particular, ambigua y recurrente) incide directamente en la calidad de los tratamientos, en la construcción del lazo y en las posibilidades de desarrollo del niño/a. Así, el trabajo con las familias no aparece como un complemento, sino como un eje estructural de toda intervención clínica en el campo del autismo que evite la patologización y reconozca la magnitud de la pérdida que se pone en juego y la necesidad de acompañar ese tránsito.

En este sentido, una clínica posible sería aquella que permita orientar tanto las intervenciones del niño/a como a las familias como protagonistas del proceso terapéutico. Acompañar el duelo, sostener la filiación y habilitar nuevas formas de lazo se vuelven condiciones indispensables para que el diagnóstico no opere como un cierre, sino como un punto de partida posible. De este modo, el trabajo clínico sería capaz de alojar la singularidad, promoviendo procesos de subjetivación tanto en el niño/a como en su entorno familiar.

En esta línea, las referencias a El Principito funcionan menos como una ilustración que como una vía de lectura: la domesticación, el cuidado y el acto de nombrar más allá de lo evidente remiten a la dimensión simbólica y relacional que este trabajo ha buscado

destacar. Así, lejos de clausurar sentidos, estas imágenes permiten insistir en una idea central: que es en el tejido de los vínculos, y no en la fijación diagnóstica, donde se juegan las condiciones de posibilidad de un devenir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5.º ed.). American Psychiatric Publishing.
- ❖ Baraldi, C. (2018) . *Jugar es cosa seria*. Letra Viva
- ❖ Bertalanffy, L. von. (1968). *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. FCE
- ❖ Freud, S. (1976) Duelo y melancolía. En *Sigmund Freud: Obras completas*. (Vol XIV, pp. 237-255). Amorrortu
- ❖ Goldman, H. (1989). *Psiquiatría general*. Manual Moderno.
- ❖ Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Gedisa
- ❖ Molina, N. (2019). ¿Nominación? No: dominación. Ensayo sobre una infancia de etiqueta. En Cammardella et al (2019) *Discursiones. Ensayos psicoanalíticos*. Una piraña ediciones.
- ❖ Morici, S. Untoiglich, G. y Vasen, J. (Eds). (2018). *Diagnósticos y clasificaciones en la infancia*. Noveduc.
- ❖ Nuñez, B. (1991). *El niño sordo y su familia*. Troquel educación.
- ❖ Rolland, J. (2011). *Familia, enfermedad y discapacidad*. Gedisa
- ❖ Saint-Exupéry, A. (2012). *El principito*. Emecé