UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

El sobrediagnóstico del autismo en la Clínica Infantil: Del síntoma conductual a la estructura subjetiva.

AUTORES:

Montesdeoca Jácome, Luis Esteban

Rodríguez Marín, Gerardo David

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TUTORA:

Psic. Cl. Zöller Andina, María José, MSc

Guayaquil, Ecuador

23 de agosto del 2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Montesdeoca Jácome, Luis Esteban y Rodríguez Marín, Gerardo David**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciado en Psicólogo Clínica**.

TUTORA:



f._____

Psic. Cl. Zöller Andina, María José, MSc

DIRECTOR DE LA CARRERA

f._____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Msg

Guayaquil, a los 23 días del mes de agosto del año 2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, Montesdeoca Jácome, Luis Esteban

Rodríguez Marín, Gerardo David

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **El sobrediagnóstico del autismo en la Clínica Infantil: Del síntoma conductual a la estructura subjetiva,** previa a la obtención del Título de **Licenciado en Psicólogo Clínica,** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente, este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 23 días del mes de agosto del año 2026

LOS AUTORES:

f. _____ **f.** _____

Montesdeoca Jácome, Luis Esteban **Rodríguez Marín, Gerardo David**

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Montesdeoca Jácome, Luis Esteban
Rodríguez Marín, Gerardo David

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **El sobrediagnóstico del autismo en la Clínica Infantil: Del síntoma conductual a la estructura subjetiva,** cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 23 días del mes de agosto del año 2026

LOS AUTORES:

f. _____ **f.** _____

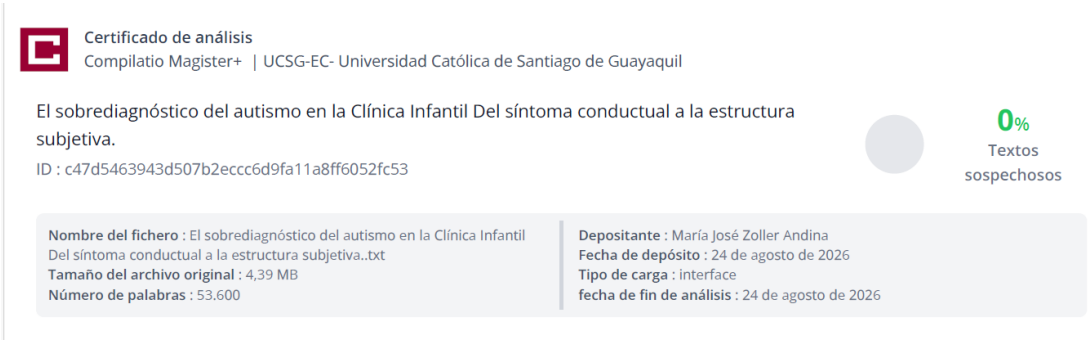
Montesdeoca Jácome, Luis Esteban **Rodríguez Marín, Gerardo David**

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANALISIS COMPILATIO


Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

El sobrediagnóstico del autismo en la Clínica Infantil Del síntoma conductual a la estructura subjetiva.
ID : c47d5463943d507b2eccc6d9fa11a8ff6052fc53

0% Textos sospechosos

Nombre del fichero : El sobrediagnóstico del autismo en la Clínica Infantil Del síntoma conductual a la estructura subjetiva..txt
Tamaño del archivo original : 4,39 MB
Número de palabras : 53.600

Depositante : María José Zoller Andina
Fecha de depósito : 24 de agosto de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 24 de agosto de 2026

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

El sobrediagnóstico del autismo en la Clínica Infantil: Del síntoma conductual a la estructura subjetiva

AUTORES:

Montesdeoca Jácome, Luis Esteban; Rodríguez Marín, Gerardo David

INFORME ELABORADO POR: María José Zöller Andina

TUTORA:



f. _____

Psic. Cl. Zöller Andina, María José, MSc

Guayaquil, a los 23 días del mes de agosto del año

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AGRADECIMIENTOS

Extiendo mis más profundos y sinceros agradecimientos a las personas que hicieron posible el recorrer este camino; A mi familia, que sin su amor, apoyo, dedicación y esfuerzo incondicionales no me hubiera sido posible llegar hasta aquí; a las personas con las que compartí tan maravillosos momentos en la carrera: Kevin, Samantha, Camila, Geovanna y Luis. Mi experiencia en la universidad no hubiera sido la misma sin ustedes. A esas amistades que siempre me han acompañado, que ya son familia y con las que siempre he podido sostenerme y crecer; a Victor y Harbie, con quienes he compartido tanto y siempre me han extendido la mano, que han sabido cuestionarme en los momentos oportunos y que sin su ayuda no podría ser la persona que soy. Muchas gracias, hermanos. Y a la persona que me acompaño todo este tiempo y que hoy ya no está, espero que podamos encontrarnos en mejores tiempos, gracias por todo.

Gerardo David Rodriguez Marin

A lo largo de mi vida me han pasado muchas cosas, pero nada igual a estos últimos 5 años, gracias a las personas que me han brindado aquello que podría llamar lo más hermoso de la vida. Agradezco profundamente a la universidad por todas las enseñanzas y crecimientos brindados, y agradezco a lo más valioso que tengo el día de hoy: a mi familia, no aquella de sangre, sino aquella familia que encontré estos últimos 5 años. A mi gran amigo Gerardo Rodríguez, la primera persona que conocí al iniciar esta carrera y quien ha estado ahí desde el inicio hasta el final; a Johan Castilla, que ha sabido estar en todo momento de las formas más inesperadas; a mi valiosa amiga Samantha Orellana, compañera de tantas travesías; a Kevin Lamilla, una de las personas más queridas y elocuentes que conozco; a Camila Acosta, una persona que llegó para ser entrañable; a Valeria Molina, que a pesar de todo lo que pueda pasar, ella está ahí. Termino sin poder agradecer a tantas personas por lo más valioso que me han dado, pero estoy seguro de que cuando lean esto sabrán que son ellos, porque, ellos han sido parte de una de las experiencias más hermosas de mi vida. Y agradezco al maravillo ser que es lo más hermoso que tengo: a mi gatita, a mi pequeña hija, a Kitty, aquel ser que me ha demostrado que seguir siempre vale la pena.

Luis Esteban Montesdeoca Jacome.

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mi familia, padres y hermanos que me han acompañado y apoyado; siendo el apoyo del que me sostengo. A mis amigos, por acompañarme con su amistad genuina, por alentarme, escucharme y estar conmigo en cada logro y por estar conmigo en los momentos más difíciles, este camino no hubiera sido el mismo sin su compañía. A mi psicólogo Rodolfo Rojas, por su aporte fundamental en mi propio proceso de análisis y mi formación académica. A todas estas personas que hicieron de esta etapa la más feliz de mi vida y que jamás olvidare se las dedico con el corazón en las manos, y a esa persona, que fue y es a la vez, parte importante de mí, de quien fui, de quien soy y de quien quiero ser, para ella también va este trabajo.

Gerardo David Rodriguez Marin

Este trabajo no habría sido posible sin la influencia y las enseñanzas de varias personas. Está dedicado a quienes estuvieron ahí no solo para alentarlo, sino también para cuestionarlo, y a quienes orientaron este trabajo sin saber que lo hacían.

Dedico este trabajo a la Dra. Silvia Cedeño, quien nos abrió las puertas del Hospital del Niño Dr. Fco. de Icaza Bustamante, lugar donde presenciamos en primera fila el tema de investigación que hoy desarrollamos, y quien también nos dio la oportunidad de asistir al I Congreso de Salud Mental JBG, del cual aprendimos y pudimos delinear con mayor claridad esta problemática. A los profesionales de ese lugar que señalaron el problema y orientaron la práctica clínica, como la Psic. Cl. Paola Córdoba. A mi querida amiga Joyce Suárez, quien desde un inicio cuestionó este trabajo con incredulidad y nos ayudó en la formulación, orientación y rumbo que tomó esta investigación hasta el final. Y a nuestra tutora de tesis, la Psic. Cl. María José Zöller, quien nos guió en todo este recorrido y nos apoyó en el desarrollo de este trabajo.

A todas estas personas, que lo hicieron posible, dedico este trabajo.

Luis Esteban Montesdeoca Jacome

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DOCENTE ESPECIALISADO EN EL ÁREA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

Nota: _____

INDICE

RESUMEN XIII
ABSTRACT XIV
INTRODUCCIÓN 2
Planteamiento del problema 4
Preguntas de investigación 7
Pregunta General 7
Preguntas específicas 7
Objetivos de Investigación 7
Objetivo General 7
Objetivos Específicos 7
Justificación 8
ANTECEDENTES 11
CAPÍTULO I 14
EL TEA EN LA CLÍNICA, SU EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO 14
¿Qué es el TEA? 14
El recorrido histórico del autismo 15
Diferentes teorías que hablan sobre las causas del autismo 21
Características principales del enfoque sintomatológico conductual 23
El enfoque de rehabilitación clásico: 26
El enfoque cognitivo-comportamental: 26
El enfoque emotivo-relacional: 27
Características principales de la lectura estructural del autismo 27
CAPÍTULO II 30
LA SUPERFICIALIDAD DEL TEA, UNA MIRADA A LA CLÍNICA INFANTIL 30
Factores que contribuyen al aumento de diagnósticos de TEA: 30
Predominio del paradigma biomédico y clasificatorio: 33
Evaluación basada en conductas observables que no son flexibilizadas por los profesionales: 36
Uso de manuales diagnósticos estandarizados: 37
Manifestaciones conductuales inespecíficas (como retrasos del lenguaje o aislamiento) que son homologadas frecuentemente como criterios de TEA en manuales diagnósticos: 39
Instrumentos y escalas de detección del TEA: 41
Expansión de criterios diagnósticos: 43

Patologización de diferencias en el desarrollo infantil: 45
Medicalización de la infancia. Intereses de la industria farmacéutica..... 47
Influencia institucional, educativa y familiar en la demanda diagnóstica:..... 49
La solvencia-económica del TEA, los recursos del diagnóstico en el aparato político, social y económico...... 51
CAPÍTULO III..... 55
¿POR QUÈ EL TEA? 55
Lectura estructural en la clínica infantil: 55
Importancia de la subjetividad y singularidad del niño...... 58
Función del lenguaje, el vínculo y la constitución subjetiva. 61
Diferencia entre síntoma y estructura...... 63
Tiempo lógico versus diagnóstico precoz. 66
Riesgos clínicos y éticos del sobrediagnóstico...... 69
CAPÍTULO IV 72
MARCO METODOLÓGICO 72
Enfoque 72
Alcance 73
Paradigma..... 73
Metodología 73
Instrumento 74
Población..... 74
ENTREVISTAS 75
PROFESIONALES:..... 76
CAPÍTULO V..... 77
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS 77
Análisis de Resultados: 85
BIBLIOGRAFÍA..... 94
ANEXOS..... 103
ANEXO 1: ENTREVISTA A PROFESIONALES 103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuadro comparativo de los manuales diagnósticos DSM V y CIE 10. 23

Tabla 2 Teorías y Terapias no psicoanalíticas 25

Tabla 3. Respuestas del grupo de Psicólogos Clínicos de la ciudad de Guayaquil frente al enfoque sintomatológico-conductual en el diagnóstico del trastorno del espectro autista. 77

Tabla 4 Respuestas del grupo de Psicólogos Clínicos de la ciudad de Guayaquil frente al enfoque sintomatológico-conductual en el diagnóstico del trastorno del espectro autista. 79

Tabla 5. Respuestas del grupo de Psicólogos Clínicos de la ciudad de Guayaquil frente al sobrediagnóstico del trastorno del espectro autista. 82

RESUMEN

El presente trabajo surgió ante el incremento sostenido en los diagnósticos de Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la clínica infantil, y con ello la importancia de la investigación recayó de manera específica en la prevención de la iatrogenia derivada del diagnóstico erróneo o prematuro. Ante esto, se tuvo como objetivo general analizar de qué manera el predominio de un enfoque sintomatológico-conductual, frente a una lectura estructural, incidía en el sobrediagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la clínica infantil. Para lo cual, se adoptó por un enfoque cualitativo de tipo interpretativo-hermeneútico que combinó la revisión bibliográfica y el análisis documental con entrevistas semiestructuradas a seis profesionales clínicos del contexto ecuatoriano con experiencia en trabajo con TEA infantil. Se obtuvo como resultado que el enfoque sintomatológico-conductual prescinde de la pregunta por la posición subjetiva del niño, pues toma la conducta observable como un criterio diagnóstico suficiente. Fue la lectura estructural psicoanalítica la que orientó el diagnóstico desde la singularidad del sujeto y lo sostuvo como herramienta provisional antes que como punto de llegada de la clínica. Ante ello, se concluyó que la incidencia del enfoque conductual en el sobrediagnóstico es el efecto de una posición epistemológica que privilegia lo observable sobre lo subjetivo, y que la clínica responsable exige el tiempo lógico necesario para encontrar al sujeto que hay detrás de las conductas.

Palabras clave: Trastorno del espectro autista; Sobrediagnóstico; Enfoque sintomatológico-conductual; Lectura estructural; Clínica infantil; Subjetividad.

ABSTRACT

The present study emerged in response to the sustained increase in Autism Spectrum Disorder (ASD) diagnoses in child clinical practice, and, accordingly, the research specifically focused on preventing iatrogenic harm resulting from erroneous or premature diagnosis. The general objective was to analyze how the predominance of a symptomatic-behavioral approach, as opposed to a structural reading, influenced the overdiagnosis of ASD in child clinical practice. To this end, a qualitative interpretive-hermeneutic approach was adopted, combining bibliographic review and documentary analysis with semi-structured interviews conducted with six clinical professionals from the Ecuadorian context with experience working with childhood ASD. The results showed that the symptomatic-behavioral approach dispenses with the question of the child's subjective position, taking observable behavior as a sufficient diagnostic criterion. It was the psychoanalytic structural reading that oriented diagnosis from the singularity of the subject, sustaining it as a provisional tool rather than as the clinic's ultimate endpoint. Based on these findings, it was concluded that the influence of the behavioral approach on overdiagnosis is the effect of an epistemological position that privileges the observable over the subjective, and that responsible clinical practice requires the logical time necessary to find the subject behind the behaviors.

Keywords: Autism spectrum disorder; Overdiagnosis; Symptomatological-Behavioral approach; Structural reading; Child clinical practice; Subjectivity.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se centró en la tensión epistemológica entre dos enfoques: la lectura descriptiva y fenomenológica —hegemónica en manuales como el DSM-5— y la lectura estructural del psicoanálisis, ya que, en la actualidad, la clínica tiende a privilegiar la observación de la conducta manifiesta, homologando signos inespecíficos —como el retraso en el lenguaje, la falta de contacto visual o el aislamiento— como indicadores directos de un Trastorno del Espectro Autista (TEA). Esta aproximación corre el riesgo de dejar de lado la función que dichos síntomas cumplen en la economía psíquica singular de cada niño. Queda ignorado el hecho de si estos responden verdaderamente a una estructura autista o a otras vicisitudes del desarrollo subjetivo. Por lo tanto, se realizará un análisis documental con el fin de profundizar y comprender el fenómeno actual del incremento diagnóstico de TEA en la población infantil para mejorar la praxis clínica.

Esta investigación guardó correspondencia con el dominio número 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad, planteado por la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Debido a que se busca exponer acerca de las subjetividades de las personas, que en la clínica quedan opacadas por la inmediatez del diagnóstico, donde se las reduce a objeto y no se las considera como un sujeto.

Con el objetivo de investigar, el presente trabajo realiza una revisión bibliográfica a profundidad referente a la estructura autista, considerando la práctica clínica con enfoque psicoanalítico, el cual busca velar por la verdad subjetiva del sujeto, en contraposición a los manuales diagnósticos ofrecidos por la psiquiatría, los cuales pueden encasillar aspectos fenomenológicos del sujeto sin tener en cuenta su economía psíquica. Además, con el fin de recolectar información más precisa y oportuna, se realizarán en conjunto entrevistas a profesionales expertos de la materia que estén ínfimamente relacionados con el trabajo de TEA infantil en el contexto ecuatoriano.

El eje del plan de creación de oportunidades 2021-2025 de Ecuador, implementado para la orientación de este trabajo de investigación, corresponde al eje social; en específico, lleva su articulación con el objetivo número 6: “Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad”, único objetivo que se vincula con el objetivo número 3: “Salud y bienestar” del Plan de Desarrollo Sostenible por parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). La investigación pretende aportar al área de la salud mental una revisión a profundidad de los modelos diagnósticos para

establecer una mejor mirada clínica al diagnóstico diferencial frente a los supuestos sujetos autistas, cuya sintomatología se ha popularizado y generalizado hasta el punto donde todo puede responder a un TEA.

En la contemporaneidad, la clínica infantil presenta un fenómeno creciente y complejo: la inflación diagnóstica relacionada con el espectro autista. Si bien el avance en la detección temprana ha permitido visibilizar condiciones antes ignoradas, también ha traído consigo una paradoja en la práctica profesional. Con el aumento de las cifras referentes a los diagnósticos de autismo, surge una interrogante sobre la precisión clínica de estos dictámenes, pues la masificación del conocimiento sobre el autismo ha conllevado, en ocasiones, una estandarización excesiva de los criterios diagnósticos, que terminan operando con un hecho conflictivo para el sujeto al que supuestamente pretenden ayudar.

Es en este escenario donde cobra importancia el concepto de "sobrediagnóstico", entendido como los diversos factores y prácticas actuales que resultan en la inflación diagnóstica del TEA. La falta de distinción entre el síntoma conductual y la estructura subjetiva propicia un encasillamiento prematuro, donde dificultades diversas son rápidamente etiquetadas bajo el paraguas del espectro autista.

Un enfoque sintomatológico-conductual organiza el diagnóstico a partir de lo observable y medible, apoyándose en instrumentos estandarizados que recogen la conducta descrita por terceros: la docente, los padres, los cuidadores; sin una escucha orientada a la singularidad del niño. La lectura estructural psicoanalítica, en cambio, se interroga por la posición del sujeto respecto del lenguaje, del cuerpo y del Otro — una pregunta que no puede resolverse en una o dos consultas, porque requiere tiempo lógico y disposición a dejarse sorprender por lo que cada niño tiene para decir, incluso cuando todavía no puede decirlo con palabras.

La justificación de esta investigación radica en las graves implicaciones iatrogénicas que derivan de un diagnóstico diferencial impreciso. Etiquetar erróneamente a un niño no es un acto inofensivo; conlleva la instauración de tratamientos que pueden no ser pertinentes y, fundamentalmente, fija al sujeto en un destino de segregación y estigma. Asimismo, este sobrediagnóstico puede invisibilizar la verdadera estructura del sujeto; psicosis infantiles o neurosis graves que requieren abordajes clínicos distintos, agravando el error inicial y retrasando la posibilidad de un trabajo genuinamente orientado al sujeto. Dentro de las dificultades que se encontraron durante el proceso de esta investigación, fue la limitada información referente al tema;

los trabajos que hablaban del fenómeno del sobrediagnóstico se encontraban en otros idiomas, en particular el portugués. Además de esto, al ser un fenómeno que no puede ser comprendido desde una única posición, la recopilación de la bibliografía correspondiente supuso un problema, además de su posterior teorización.

Planteamiento del problema

En los últimos años se ha registrado un alza exponencial en los diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista (TEA) a nivel mundial, lo que permite cuestionar el estado dentro de la clínica a nivel nacional. El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2023) señala que existen 5.738 registros de personas relacionados con diagnósticos de autismo en la niñez, autismo atípico, síndrome de Rett, síndrome de Asperger y otros trastornos. Este incremento sostenido se presta para poder señalar una situación a reconocer y es que estos resultados podrían ser un indicio de una mayor capacidad diagnóstica por parte de los profesionales del sistema de salud —una señal de progreso en la detección e intervención temprana. Sin embargo, hay razones para sostener una lectura mucho más cuidadosa: el incremento en los registros no informa, por sí solo, sobre la calidad del proceso diagnóstico que los produjo. Y es que esta distinción no es menor, porque el diagnóstico no es un acto simple; este tiene efectos concretos y duraderos que marcan la subjetividad del niño, el vínculo con su familia y las posibilidades de que el mismo sistema educativo y terapéutico le ofrezca ayuda o le cierre la puerta de por vida.

Este aumento exponencial que existe en los diagnósticos de TEA formula un fenómeno que, lejos de ser solo curioso por su parecido con una epidemia, resulta intrigante desde una perspectiva clínica y epistemológica. Con el paso del tiempo, el estudio y el entendimiento del autismo ha progresado de manera notable; sin embargo, una variante, poco señalada, que afecta directamente tanto la praxis como el diagnóstico del TEA es la estandarización y generalización de sus criterios diagnósticos. Y es que esta generalización opera sobre la práctica clínica con un efecto paradójico: mientras más se populariza el conocimiento sobre el TEA, menos profundidad teórica se sostiene sobre él.

El espectro se convirtió en un receptáculo que lo contiene todo —y esa expansión del contenedor daña la capacidad del profesional para distinguir lo que es genuinamente una posición autista de lo que es una presentación clínica de otra

naturaleza. La situación particular del autismo y otras patologías con rasgos similares es que no se suele estudiar al paciente; en general, se lo incluye dentro de un "espectro" (Velarde-Incháustegui et al., 2021).

Esta tendencia a incluirlo todo de forma masiva dentro del espectro tiene un alto problema clínico: el enfoque diagnóstico se reduce a lo fenomenológico. La conducta observable se convierte en el único criterio relevante, y esa reducción genera un signo de alarma en la clínica. ¿Qué está pasando con la subjetividad de los niños cuando hay un diagnóstico que no pregunta por ella? ¿Realmente se trata de una estructura autista —relacionada con la posición singular de este sujeto respecto al lenguaje, el Otro y el cuerpo— o solo de conductas que cumplen con los criterios diagnósticos enumerados en un manual?

Esta gran confusión que existe entre el fenómeno observable y la estructura clínica forma un vacío teórico que solo genera fallas en la praxis clínica del profesional, aumentando el número de falsos positivos que terminan produciendo lo que podría denominarse como una inflación diagnóstica, en la que la sintomatología presente en los niños no es de origen autista, sino el resultado de múltiples problemas de naturaleza diversa: ya sea ambiental, relacional, del neurodesarrollo o de otra estructura clínica que no fue investigada con el rigor necesario.

Esta problemática ha comenzado a ser estudiada con mayor detenimiento en países vecinos como Argentina y Brasil. En un artículo publicado por Llanos (2024) explica muy bien que muchas conductas que llaman la atención en los niños —tales como: "está como volando y cuando explico algo juega todo el tiempo", "no hay posibilidad que se vincule con pares", "se aísla y habla solo con su mano"— son referidas directamente como signos de las "categorías diagnósticas propuestas por la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocidos como DSM V", sin que medie ningún proceso de diagnóstico diferencial genuino. Frente a esto ya mencionado, el autor señala que se da por sentado un diagnóstico que explica qué es lo que le ocurre al niño: se exigen informes de pruebas estandarizadas administradas a los padres y a sus hijos, y se espera una confirmación de lo que se supone ya como una verdad establecida, y todo ese proceso prescinde de la situación anímica del infante y del manejo de su economía psíquica. Y es que cuando el diagnóstico opera de esta manera —como verificación de una hipótesis previa antes que como resultado de una escucha— deja de ser una herramienta clínica para convertirse en un trámite, un trámite que solo aguarda la

confirmación de lo que se supone como “la verdad absoluta”. Un mal diagnóstico de autismo puede ser muy comprometedor para la integridad del infante a pesar de todos los discursos de inclusión presentes en la actualidad. Se ven comprometidos aspectos como lo social y lo educativo, que privan al paciente del tratamiento correcto de lo que realmente necesita —una forma de daño que opera silenciosamente, debido a que el sistema que debería ayudar al niño termina siendo el mismo que lo confina. (Chávez, 2016).

Es en todo este cruce entre el incremento diagnóstico, la reducción fenomenológica de los criterios clínicos y los efectos subjetivos del diagnóstico erróneo o prematuro en donde se sitúa el problema que esta investigación busca estudiar. La pregunta no es si el autismo existe, dado que esto se evidencia y sus manifestaciones clínicas merecen toda la atención y el rigor del profesional. La pregunta es otra: ¿qué condiciones clínicas, institucionales y epistemológicas están produciendo un diagnóstico que, en lugar de abrirle un horizonte de trabajo al niño, lo clausura dentro de una categoría que predetermina su destino? Y a esa pregunta, como se desarrollará a lo largo de este trabajo, el psicoanálisis tiene algo importante que decir.

Preguntas de investigación

Pregunta General

- ¿De qué manera el predominio de un enfoque sintomatológico-conductual, frente a una lectura estructural, incide en el sobrediagnóstico del TEA en la clínica infantil?

Preguntas específicas

- ¿Cuáles son las características principales del enfoque sintomatológico-conductual y de la lectura estructural en la evaluación clínica infantil del Trastorno del Espectro Autista?
- ¿Cuáles son los criterios diagnósticos, contextos sociales y prácticas utilizadas en la clínica infantil que pueden favorecer el sobrediagnóstico del Trastorno del Espectro Autista?
- ¿Cuáles son las implicaciones clínicas y subjetivas de los diagnósticos realizados desde un enfoque sintomatológico-conductual frente a aquellos sustentados en una lectura estructural?

Objetivos de Investigación

Objetivo General

- Analizar de qué manera el predominio de un enfoque sintomatológico-conductual, frente a una lectura estructural, incide en el sobrediagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la clínica infantil.

Objetivos Específicos

- Identificar las características principales del enfoque sintomatológico-conductual y de la lectura estructural en la evaluación clínica infantil del Trastorno del Espectro Autista.
- Examinar los criterios diagnósticos, contextos sociales y prácticas utilizadas en la clínica infantil que puedan favorecer el sobrediagnóstico del Trastorno del Espectro autista
- Analizar las implicaciones clínicas y subjetivas de los diagnósticos realizados desde un enfoque sintomatológico-conductual frente a aquellos sustentados en una lectura estructural.

Justificación

El presente trabajo se formula a raíz de una preocupación clínica concreta y es que se cuestiona el fenómeno de inflación o masificación diagnóstica del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la clínica infantil contemporánea. La cual no parece responder únicamente a un perfeccionamiento de las herramientas diagnósticas, sino que también —y de manera significativa— responde a una lógica clasificatoria que prioriza la observación de ciertas conductas sobre la comprensión de la economía psíquica del niño. Dentro del Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2023), se registran 5.738 casos relacionados con diagnósticos de autismo en la niñez, autismo atípico, síndrome de Rett, síndrome de Asperger y otros trastornos del espectro. Esta cifra, por sí sola, no nos permite saber cuántos de esos diagnósticos fueron el resultado de un proceso clínico riguroso y cuántos de estos respondieron únicamente a presiones institucionales, educativas o económicas que demandaban una categoría antes que una comprensión. Y es que esa distinción realmente importa —no como un ejercicio académico, sino como una forma de llevar la clínica, debido a que es de aquí de donde depende lo que se hace concretamente con ese niño en la clínica.

Este estudio resulta pertinente, en primer lugar, en el cuestionamiento que es llevado a cabo sobre la hegemonía de los manuales diagnósticos clasificatorios —el DSM-5 y el CIE-10— como marcos de referencia únicos y exclusivos para la evaluación de los niños con dificultades en el lazo, el lenguaje o la conducta. En la actualidad, existen investigaciones de la época que señalan un hecho y es el de que la clínica predominantemente se ha centrado en los déficits de comunicación e interacción social, sin tomar en consideración la posición subjetiva del infante ni la lógica singular que organiza su economía psíquica (Velarde-Incháustegui et al., 2021). Es en este reduccionismo fenomenológico —en que se hace equivaler la conducta observable con la estructura clínica— tomando en consideración la consecuencia técnica directa de este factor: la aparición en la clínica y el incremento de falsos positivos. Niños cuyas dificultades responden a otras estructuras o a problemáticas de distinta naturaleza quedan atrapados y clasificados dentro de un espectro que no les pertenece, y que, sin embargo, organizan de maneras determinantes la forma en que son mirados, tratados y educados a partir de ese momento.

Frente a esta tendencia, el psicoanálisis ofrece una orientación y perspectiva clínica distinta: la lectura estructural; no pregunta cuántos ítems del manual se cumplen, sino

desde qué posición respecto del lenguaje y del Otro se organiza este sujeto. Esta lectura no niega la existencia del autismo ni ignora las dificultades reales del niño, sino que parte del principio de que el sujeto no es su diagnóstico, y que comprender la lógica singular de su posición es la única vía que permite orientar un trabajo clínico que no reproduzca el daño que se pretende evitar. Contrastar estas dos miradas: la clasificación y la estructura. No es un debate puramente teórico: es una discusión sobre cómo se conduce la evaluación, cómo se habla con el niño y sus padres, y hacia dónde se orienta el tratamiento.

La utilidad práctica y clínica de esta investigación se sitúa, de manera específica, en la prevención de la iatrogenia derivada del diagnóstico erróneo o prematuro. Autores como Novoa Jurado (2018) señalan que el sobrediagnóstico genera un daño significativo en diferentes áreas, como en lo físico, lo psicológico, lo social y la limitación de las expectativas educativas y laborales futuras. A esto se añade una consecuencia que con frecuencia permanece invisible: cuando el diagnóstico de TEA se aplica sobre un niño cuya condición real es una psicosis infantil, un problema sensorial o una dificultad vincular de otra naturaleza, ese niño no solo recibe un tratamiento inadecuado para lo que tiene, sino que queda privado del tratamiento que sí podría ayudarlo. El diagnóstico equivocado no es solo un error sin importancia; este actúa sobre el sujeto, sobre su familia y sobre el sistema que rodea al niño, cerrando posibilidades terapéuticas que de otro modo habrían permanecido abiertas para él.

Por consiguiente, el presente trabajo de investigación se plantea como objetivo general analizar de qué manera el predominio de un enfoque sintomatológico-conductual, frente a una lectura estructural psicoanalítica, incide en el sobrediagnóstico del Trastorno del Espectro Autista en la clínica infantil. Para ello, se ha optado por un enfoque cualitativo de paradigma hermenéutico interpretativo, dado que el interés no reside en la cuantificación de variables, sino en la comprensión profunda de la singularidad del fenómeno y de los efectos que los discursos diagnósticos tienen sobre el sujeto y su entorno familiar. La investigación se organiza en cinco capítulos: el primero reconstruye el recorrido histórico del concepto de autismo y los factores que han contribuido al incremento diagnóstico actual; el segundo desarrolla los criterios diagnósticos del TEA desde ambos enfoques y sus implicaciones en la clínica infantil; el tercero examina la lectura estructural psicoanalítica como alternativa epistemológica y ética frente al reduccionismo conductual; el cuarto expone el marco metodológico de este trabajo de investigación,

y el quinto radica en la presentación y análisis de resultados del trabajo de campo, desarrollado a través de entrevistas a profesionales del contexto ecuatoriano, el cual completa y contrasta la revisión documental con la evidencia de la práctica clínica directa.

ANTECEDENTES

El trastorno del Espectro Autista, como su nombre indica, es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta en la primera infancia. Esta condición ha sido teorizada formalmente desde el siglo pasado y dichos estudios han conseguido delimitar la nosología de este. Pero, desde su planteamiento formal en los manuales diagnósticos, se ha visto un incremento exponencial en los casos diagnosticados con autismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2025 planteó que los casos diagnosticados con autismo rondan la relación de 1 caso entre 127 (párr. 3). Esta relación pertenece a una estadística a nivel global, donde el número de casos continúa en aumento. El diagnóstico del autismo actualmente es un proceso que conlleva un trabajo multidisciplinario para poder llegar a un diagnóstico lo más preciso posible. Dicho diagnóstico contempla ramas como la psicología, la neurología, genética, psiquiatría, etc. Pero mientras más se estudia este fenómeno de aumento diagnóstico, también se suele llegar a diferentes hipótesis sobre su posible origen o causa. Dentro de las prácticas clínicas que permiten llegar a un diagnóstico, se pueden encontrar dos dentro del área de la psicología, que sería un enfoque biomédico con una mayor atención al detalle y luego nos encontramos una lectura estructural del sujeto por parte del psicoanálisis.

Según el Southwest Autism Research & Resource Center (SARRC, párr. 2), en el año 2025 hizo una comparación en cuanto al número de casos diagnosticados del autismo. Relaciona que en 1997 los casos de autismo rondaban 1 entre 500, pero hoy la relación en promedio se mantiene en 1 caso por 36 dentro del territorio de los Estados Unidos. A su vez, el Gobierno de México publicó un blog en su página oficial relacionado con el autismo en el año 2017. Estiman que la relación de casos de autismo en la población infantil ronda 1 caso entre 115, con un incremento del 17% a nivel anual (párr. 4). El panorama ejemplifica el aumento de los casos diagnosticados con este trastorno. Estos datos evidencian cómo los diagnósticos del TEA siguen creciendo con el paso del tiempo, por lo que ante ese fenómeno surgen las preguntas: ¿Hay un sobrediagnóstico de autismo? ¿Hay más sujetos autistas en la actualidad?

A nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2023) señala que existen 5.738 registros de personas relacionados con diagnósticos de autismo en la niñez, autismo atípico, síndrome de Rett, síndrome de Asperger y otros. Estos datos ofrecidos

pertenecen al Ministerio de Salud Pública (MSP); dichos datos estaban basados en el manual diagnóstico CIE-10, y son datos únicamente recopilados por el MSP, por lo que deja por fuera la clínica privada y estos datos solo responden a los diagnósticos, mas no a la posición subjetiva de los pacientes. Las implicaciones sociales que rodean el diagnóstico del TEA se hacen presentes e intentar reducir a un sujeto únicamente a conductas observables deja por fuera la dimensión de lo singular del caso a caso, por lo que se intenta encasillar un cierto tipo de conductas en una etiqueta diagnóstica. Además de esto, las malas prácticas se encuentran presentes; las implicaciones a nivel social y legal del diagnóstico también llevan a un proceso psicodiagnóstico apresurado.

En Ecuador, el aumento de diagnósticos de TEA tiene relación con varios factores; parece relacionarse más con una mayor visibilización del trastorno, infantes que presentan conductas inespecíficas que no son comprendidas en su totalidad y buscan ser encasilladas lo más pronto posible, las limitaciones del sistema diagnóstico que con una verdadera medición de prevalencia. El estudio de López Chávez y Larrea Castelo encontró que el 26% de los niños recibió diagnósticos previos distintos al autismo y que el 13,75% fue diagnosticado erróneamente, lo que evidencia problemas de precisión clínica y de acceso a especialistas (López Chávez y Larrea Castelo, 2017, p. 206). A su vez, la autora destaca la ausencia de estudios de prevalencia sólidos en América Latina y la falta de profesionales formados para el diagnóstico especializado en Ecuador, lo que hace que las cifras disponibles dependan más del acceso a servicios que de la prevalencia real. A esto se suma la necesidad de instrumentos validados para el contexto local, lo cual apunta a un problema estructural de medición y no solo de aumento clínico.

A nivel regional se está hablando sobre el posible sobrediagnóstico del TEA. En Argentina, Llanos (2024, p. 108) sostiene que la problemática del sobrediagnóstico de TEA surge precisamente cuando se confunde la acción de diagnosticar, que implica un proceso construido en la relación transferencial, con un posicionamiento ético, con la de rotular, que aplica mecánicamente un conjunto de criterios predefinidos a la conducta observable del niño. Dichas prácticas rotulativas pueden estar sustentadas en procesos psicodiagnósticos que privilegian las conductas observables, lo fenomenológico-conductual, antes que a una posible respuesta singular del sujeto, ya que en contraposición a una lectura conductual, existe la lectura estructural del psicoanálisis que busca darle un lugar privilegiado a la subjetividad, donde la visión de conductas medibles o etiquetables a diagnósticos queda por fuera para poder velar

por las razones singulares de las reacciones o conductas del sujeto, lo que permite un proceso diagnóstico, si bien más tardado, más preciso también.

Esta distinción es central para comprender los riesgos de una práctica clínica que privilegia la eficiencia diagnóstica sobre la comprensión singular del sujeto. En el contexto brasileño de la década de 2010, el trabajo de Almeida y Neves (2020) propone entender el aumento diagnóstico del TEA como una "popularización diagnóstica" más que como epidemia biológica. La expansión de la categoría TEA, la hegemonía de manuales psiquiátricos a teóricos y la acción de asociaciones de padres y movimientos de neurodiversidad producen un escenario en el que el diagnóstico cumple funciones identitarias, políticas y asistenciales, al tiempo que plantea riesgos de medicalización y patologización precoz de la infancia (Almeida Neves, 2020, pp. 4–9).

CAPÍTULO I
EL TEA EN LA CLÍNICA, SU EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO

¿Qué es el TEA?

La conceptualización del trastorno del espectro autista no mantiene más de un siglo de distancia desde su desarrollo y teorización formal. En la actualidad, el trastorno del espectro autista, también conocido por su abreviación "TEA", se comprende como una condición del neurodesarrollo. La Organización Mundial de la Salud, por su abreviatura OMS, lo define como la agrupación de diversas afecciones que se caracterizan por algún grado de dificultad en la interacción social y la comunicación. (OMS, 2025, párr. 1). Estas características también se ven implicadas en patrones atípicos de comportamiento, donde se logra percibir dificultad o inflexibilidad al momento de cambiar de actividades, reacciones inusuales a estímulos sensoriales y una gran atención a los detalles.

Las definiciones comunes del TEA mantienen, de manera sustancial, el mismo contenido conceptual y fenomenológico con ligeras variaciones que buscan profundizar en mayor o menor medida la experiencia del sujeto autista. Por ejemplo, el sistema público de salud del Reino Unido (2026) explica que el TEA (término médico para el diagnóstico del autismo) es una forma diferente en la que el cerebro de una persona se desarrolla. Causa que afecta la forma de ver y de experimentar el mundo del individuo. Esto a menudo se le llama un tipo de neurodivergencia, que repercute en la comunicación y el entendimiento. El cómo se piensa, se aprende, se presta atención a las cosas, cómo se responde a la luz y a los sonidos, los olores, los sabores y al tacto, no es similar a lo que hacen las demás personas en el mundo.

Esta última definición aporta aspectos importantes al distanciarse de la concepción del autismo como una enfermedad que requiere cura. Las investigaciones actuales aún no logran dar con una causa certera, pero se relaciona con múltiples factores que han abierto un extenso campo de estudio; desde factores ambientales, la administración de medicina durante el embarazo, incluso en sus primeras teorizaciones, pasando por el desapego emocional de las madres durante la crianza.

El recorrido histórico del autismo

El autismo, antes de su existencia como categoría diagnóstica formal, tuvo sus nociones de orígenes presentes en la historia desde hace más de un siglo atrás, con varios tipos de tropiezos y problemáticas. Surge por primera vez en las manos del psiquiatra suizo Eugen Bleuler, quien, según García y Huitrado (2024), hizo uso de las etnologías griegas "autos" —uno mismo— e "ismos" —la forma de estar—. Este significado generó confusión desde sus inicios, dado que una gran cantidad de psiquiatras utilizaba el término de manera poco precisa para diagnosticar tanto la esquizofrenia infantil, la psicosis infantil, como el autismo (p. 9350). Esta ambigüedad inicial es curiosa precisarla debido a que ilustra una problemática que va a estar muy presente en este recorrido histórico y es la dificultad de separar el autismo de la estructura psicótica en los sistemas clasificatorios.

En ese mismo contexto, Carl Gustav Jung, en 1923, comenzó a utilizar los términos de "personalidad introvertida" y "extravertida", describiendo a las personas con características autistas como alguien con una personalidad extremadamente introvertida que disfrutaba de estar solo y de contemplar su mundo interior, definiéndose al autismo como una "introversión severa". De acuerdo con García y Huitrado (2024): "Esta definición dio pie a relacionar el autismo con algún tipo de esquizofrenia" (p. 9350), consolidando aún más la confusión estructural que rodearía al diagnóstico durante las décadas siguientes.

> Aunque se suele creer que las primeras visiones del autismo se dan a partir de las contribuciones simultáneas de Leo Kanner en Estados Unidos y Hans Asperger en Austria en los años cuarenta, existe información sobre casos de personas que cumplían con las características propias del autismo desde el siglo XV. (García y Huitrado, 2024, p. 9348)

El autor Jaramillo-Arias conecta puntos en la historia que antes podrían ser vistos como rasgos particulares de los personajes de mito, pero termina relacionándolos con el autismo. El autor relaciona que: "en la literatura es común encontrar diferentes relatos míticos o historias reales referidos a personas con síntomas compatibles con lo que en la actualidad se denomina TEA, así en su momento no hayan sido identificadas de tal forma" (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 92).

Además de esto, los autores Gracia y Huitrado relatan cómo en el siglo XVI, Johannes Mathesius reportó que Martín Lutero describió el caso de un niño de 12 años

que presentaba características de lo que posiblemente hoy podríamos señalar como propias de un "autismo severo"; lo describía erróneamente como una masa de carne sin espíritu y en ocasiones poseído por el demonio. (García y Huitrado, 2024, p. 9348)

Estas interpretaciones de carácter mágico-religioso reflejan cómo la ausencia de un marco científico llevaba a que las manifestaciones autistas fueran comprendidas como fenómenos sobrenaturales o morales. Y un caso igual de interesante de señalar de este mismo escrito es la descripción que poseía Fray Junípero en el siglo XVII acerca de ciertas conductas que, ante una lectura cuidadosa, resultan plenamente llamativas. En el libro "Las florecillas" de San Francisco de Asís se relataba: "no comprendía las claves sociales, no detectaba intencionalidad, no se adaptaba a conversaciones sociales, tenía dificultad para comprender la comunicación no verbal y poseía una interpretación literal de las expresiones" (García y Huitrado, 2024, p. 9349). Según lo que explican los mismos autores de este escrito, Fray Junípero ejemplificaba que el autismo no era y no es una discapacidad que se perciba únicamente como tal desde el aspecto físico de la persona, "sino desde la interacción en la vida social". Fray Junípero llevó consigo juicios erróneos sobre su comportamiento que lo señalaban como excéntrico o maleducado; él ejemplifica muy bien algunas de las características más notorias de esta condición, lo cual, gracias a estos, en la historia existe el registro de varias personas que tenían y presentaban conductas que se han demostrado ser plenamente llamativas, hasta el día de hoy, lo cual permite conocer cómo desde siempre esto es algo que ha existido y cómo es que la sociedad de la época lo interpretaba.

En el siglo XVIII se publicó el caso de Víctor, el salvaje de Aveyron, quien, debido a sus características sintomáticas —ausencia del habla, falta de interacción con la gente y carencia de habilidades sociales—, fue teorizado, por algunos autores, como un posible caso de autismo, puesto que presentaba características que pueden ser adjuntadas al trastorno; "nunca logró desarrollar lenguaje funcional ni habilidades sociales, a pesar de los esfuerzos realizados por su tutor Jean Marc Gaspard Itard, reconocido posteriormente como el padre de la educación especial" (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 92).

En 1943, se plasma la existencia de un escrito desarrollado por Leo Kanner, el artículo Autistic disturbance of affective contact, el mismo que es catalogado como una de las primeras referencias teóricas y clínicas del autismo, del cual se incluyen algunos novedosos registros en los que se detalla con sumo detalle el número de once

casos registrados en que participaron —ocho niños y tres niñas— con manifestaciones que en muchas ocasiones habían sido encasilladas como idiotez, debilidad mental o esquizofrenia (Jaramillo, 2022; García, 2024).

Un punto que es expuesto por el autor en esta revisión bibliográfica es que:

> Kanner describió minuciosamente la incapacidad de sus pacientes para relacionarse con los otros, alteraciones del lenguaje que variaban desde el mutismo total hasta la producción de relatos sin significado, y movimientos repetitivos sin finalidad específica: ellos viven en un mundo propio, se han encerrado en sus deseos y anhelos (que consideran cumplidos) y se han apartado en lo posible de todo contacto con el mundo exterior. (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 94)

No obstante, Hans Asperger, de la misma nacionalidad austriaca, se anticipó en 1938 a describir "a cuatro niños con alteraciones en el comportamiento social y el lenguaje, presumiblemente con coeficiente intelectual normal" (Jaramillo-Arias et al. 2022, p. 92). Denominando este patrón de características de sus pacientes como "psicopatía autística". Asperger utilizó el término peculiar de "pequeños profesores" para describir a algunos de sus pacientes, debido al amplio conocimiento que tenían sobre temas de interés particular (García y Huitrado, 2024, p. 9351).

Continuando por esta línea narrativa, tanto los postulados de Kanner como los de Asperger apuntaban a delimitar el concepto de autismo como un rasgo que incluía alteraciones en el afecto, el deseo, el intelecto y la acción; sin embargo, ambos teóricos sostenían que su síndrome era diferenciado del propuesto por el otro, lo que llevó en los años 60 a emplear las categorías con los nombres de los autores para lograr separar estas concepciones, siendo Aspergershe Kinder (niños de Asperger) y Kannersche Kinder (niños de Kanner) como dos perfiles distintos. Fue en la década de los 90 cuando ambas categorías fueron comprendidas como dos extremos del mismo espectro. (Jaramillo-Arias et al., 2022, pp. 92-93)

De acuerdo con el autor, un capítulo complejo de esta historia fue la denominada "teoría de las madres nevera". Si bien en la primera publicación de Kanner este señaló la biología innata de la condición, planteando con posterioridad cómo "la frialdad emocional familiar podía sugerir un factor experiencial dinámico en la génesis del trastorno". "Esta expresión fue retomada y enfatizada por el austriaco Bruno Bettelheim, quien insistió en otorgar un origen afectivo-emocional al trastorno,

derivado de su teoría sobre la falta de apego emocional al interactuar con madres frías y distantes" (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 93).

Este capítulo complejo no termina solamente en esta teoría, y la razón por la que se vuelve tan problemática radica en la fuerza e importancia que llegó a tener en su tiempo y, aunque se trata de algo distinto, el auge que se llegó a dar en la época se relacionaba directamente con un tema que se buscaba abordar entonces, y era la supuesta incapacidad de las madres para poder darle a un hijo una cantidad "normal" de afectos, en los que se ponía en juego algo tan básico como el calor y la seguridad. Esta idea también fue tomada por Freud a mediados del siglo XX en la propuesta de su teoría de las madres "esquizofrenicogenéticas" (García y Huitrado, 2024, p. 9352). Es de aquí donde surge el problema de la denominada "teoría de las madres nevera", y lo que se planteaba en ese entonces partía de una problemática vital que nacía de un contexto específico —la guerra— y, en su momento, parecía que fuera una forma de atribuir la culpa a las madres y responsabilizarlas por este fenómeno. Más adelante, este capítulo tan complejo, que pretendió abordar dicha variable, expuso una profunda e indebida estigmatización en las propias familias, por el gran sentimiento de culpa y angustia que los acompañaba en esta enorme impotencia que sintieron durante décadas, al sentirse señaladas, culpables y responsables por la presencia de este malestar en sus hijos. Con el paso del tiempo, esta teoría fue desacreditada tras la muerte de Bettelheim (Jaramillo, 2022; García, 2024).

Según lo expuesto por el autor en su texto, menciona que, frente a estas hipótesis psicoanalíticas, Bernard Rimland dio origen a las primeras hipótesis neurobiológicas del trastorno, y que posteriormente, en 1977:

> Rutter discrepó de las teorías psicoanalíticas al publicar el primer estudio de autismo en 21 pares de gemelos, encontrando concordancia en 4 de los 11 monocigóticos, aspecto que reforzó la etiología biológica del trastorno. Un año más tarde, este mismo autor logró formalizar los criterios para el diagnóstico de autismo infantil, sustentado en la Sociedad Nacional para Niños con Autismo creada por padres en conjunto con Linda Lockyer. (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 94)

Más adelante, Lorna Wing, en 1981, realizó un estudio en Londres con 173 niños, a partir del cual comenzó "a desarrollarse el concepto de espectro autista, con miras a la explicación de la variabilidad clínica y severidad de los síntomas, incluyendo así

algunos de los casos que no encajaban literalmente con la severidad de los autistas de Kanner" (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 94).

La trayectoria del autismo en los sistemas de clasificación psiquiátrica resulta indispensable para comprender tanto su evolución conceptual como sus implicaciones clínicas. "Tras la publicación a cargo de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en 1952, se contó con la primera versión de un sistema de clasificación psiquiátrico estandarizado" (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 95).

En este manual —el DSM-I— el autismo no aparece como entidad nosológica independiente, sino como síntoma de la "reacción esquizofrénica, tipo infantil", ubicado dentro del capítulo de los trastornos psicóticos. Esta clasificación inicial evidencia la dificultad histórica para separar el autismo de la estructura psicótica, situación que se mantuvo en el DSM-II de 1968, donde seguía figurando dentro de las "psicosis no atribuidas a condiciones físicas" bajo la denominación de "esquizofrenia de tipo infantil" (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 93).

De acuerdo con lo que expone el autor del artículo, fue en el DSM-III de 1980 cuando por primera vez se menciona el autismo como una categoría diagnóstica propia, relacionada a la infancia, dentro del capítulo de "Trastorno profundo del desarrollo". Consigo se incluyeron tres categorías:

a. Autismo infantil; —con síntomas antes de los 30 meses de edad—
b. Trastorno Generalizado del Desarrollo en la infancia; —posterior a los 30 meses—
c. Trastorno Generalizado del Desarrollo Atípico

Cada una de estas categorías diagnósticas poseía dos variantes: "síndrome completo presente" o "tipo residual". (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 93)

Con el DSM-III-R de 1987, pasó algo y se reorganizaron los Trastornos Generalizados del Desarrollo, en tan solo dos subtipos: por un lado, en "Trastornos autistas" —reemplazando la denominación de "Autismo Infantil"— y por el otro lado se lo catalogó como Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado o en sus siglas TGD no especificado. Al desaparecer la palabra "infantil", se dio a entender que, "si bien los síntomas se manifiestan en los primeros años de vida, estos perduran a lo largo de todo el ciclo vital y, por tanto, no es un trastorno exclusivo de la infancia" (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 93).

En el DSM-IV y DSM-IV-R (1994 y 2000), se integró dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo la siguiente clasificación: “Autismo, Trastorno de Asperger, Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo de la Infancia y TGD no especificado”. La inclusión del término Asperger en esta versión hizo “posible diagnosticar a la población con mejor funcionamiento verbal y cognitivo, quienes previamente podían ser excluidos de los servicios terapéuticos por ser considerados con ‘rasgos autistas’, mas no con el trastorno propiamente dicho” (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 93).

Con la publicación del DSM-5 en 2013 se introducen cambios significativos que continúan generando debate en la comunidad clínica:

> El grupo de trastornos de comienzo en la infancia, niñez o adolescencia desaparece, y el TEA pasa a ser parte de una nueva meta-estructura denominada “Trastornos del Neurodesarrollo”. Los sujetos diagnosticados según el DSM-IV con Trastorno Generalizado del Desarrollo —autismo, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo de la infancia y TGD no especificado— son incluidos ahora dentro de un solo cuadro diagnóstico referenciado como TEA. Se excluye el Síndrome de Rett por tratarse de una enfermedad genética. (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 95)

Una innovación central de esta versión fue la introducción de tres niveles de severidad —“requiere apoyos”, “requiere apoyos significativos” y “requiere apoyos muy significativos”— con los que se abandona el uso de categorías diagnósticas separadas (Asperger, TGD no especificado, Desintegrativo infantil, Rett) para adoptar una perspectiva dimensional y para poner el énfasis en las ayudas y apoyos complementarios que la persona debería recibir. Sin embargo, se trató de una innovación que muchos psiquiatras señalaron como problemática, dado que en el ámbito social iba a generar confusión y malentendidos en el uso de los términos diagnósticos. (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 95)

> Por su parte, en la CIE 11, con vigencia estimada para el año 2022, se propone una conceptualización del TEA muy similar a la anteriormente descrita como parte del DSM-5. Es decir, se incluye en la categoría general de los trastornos del comportamiento y del neurodesarrollo. De manera adicional, se especifica si se presentó o no regresión del desarrollo y desaparecen las categorías diagnósticas adicionales como autismo atípico, autismo infantil y síndrome de Asperger. (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 95)

Diferentes teorías que hablan sobre las causas del autismo

A pesar de la teorización del TEA, hablar de causas concretas aún sigue siendo incierto. Los avances científicos, como técnicas de diagnóstico molecular y genético, o técnicas de neuroimagen, permiten profundizar más sobre el tipo de genes o qué alteraciones cromosómicas están implicadas. El componente genético está altamente relacionado con el autismo; se sugiere una heredabilidad de esta condición, donde Núñez (2025) comenta que la heredabilidad se mantiene entre un 50% y un 90% (p. 20).

La estructura genética del autismo es compleja. Su estimación de genes involucrados es de 600 y 1200. Dentro del autismo de causas genéticas, los autores logran diferenciar dos tipos (Ansel et al., 2017; Binder, 2021):

- Autismo sindrómico: aquel que presenta mutaciones en genes o cromosomas específicos y que desembocan en síndromes neurológicos como el X-frágil, síndrome de Rett o síndrome de Angelman.
- Autismo no sindrómico o idiopático: es la mayoría. No es debido a otros síndromes neurológicos, pero se relaciona con genes específicos asociados al autismo.

A su vez, los factores ambientales suelen ser muy extensos; Mayo Clinic (2025) menciona que factores como infecciones virales, medicamentos, complicaciones durante el embarazo o los contaminantes en el aire jugarían un papel en la causa del trastorno del espectro autista (párr. 18). Tanto durante la gestación como en el periodo posnatal del infante.

Dentro de los factores ambientales asociados a la aparición de la sintomatología autista, Nuñez (2025, pp. 14-15) en su trabajo señala que existen dos grandes grupos para este apartado: los factores prenatales y postnatales.

Factores prenatales: Se apunta a que multitud de factores de tipo ambiental durante la gestación pueden tener un papel importante en la aparición de síntomas asociados a las personas TEA. Dentro de los factores que han sido estudiados se encuentran los siguientes:

- Edad
- Orden de nacimiento
- Estado físico y mental de la madre: presencia de depresión, esquizofrenia, ansiedad y estrés, desórdenes de la personalidad.

- Diabetes gestacional
- Hipertensión o edema
- Náuseas / Vómitos
- Infecciones bacterianas: sífilis, neumonía, etc.
- Infecciones víricas: gripe, sarampión, paperas, varicela zóster, etc.
- Uso de fármacos: antidepresivos, ansiolíticos, paracetamol, antipiréticos, talidomida, misoprostol, etc.
- Exposición a pesticidas y metales pesados.
- Consumo de alcohol y tabaco
- Deficiencia de ácido fólico y vitaminas

Factores prenatales, neonatales y postnatales: Diversos estudios publicados apuntan a que los factores natales aumentan el riesgo de padecer TEA (Wang et al., 2017). Entre las variables estudiadas se encuentran las siguientes:

- Parto prematuro o posterior a las 41 semanas de gestación.
- Parto por cesárea
- Hipoxia (falta de oxígeno)
- Anomalías congénitas
- Estrés respiratorio fetal
- Úlceras natales y hemorragias
- Complicaciones con el cordón umbilical

Las investigaciones sobre los factores de tipo ambiental buscan relacionar cierta exposición temprana a estímulos. Gaona en su artículo titulado *Etiología del autismo* (2024, p. 34) compartirá una relación entre los casos de autismo en relación con el "uso de pantallas", donde menciona un estudio de la Universidad de Yamanashi, Japón, sobre tiempo frente a la pantalla TV o DVD en niños de 1 año y el diagnóstico de TEA a los 3 años, que reveló datos interesantes.

El caso narra cómo se pidió a las 84.030 madres que respondieran la cantidad de horas al día que sus hijos eran expuestos a pantallas al año. Al cumplir tres años, se repitió la misma pregunta, incluyendo si sus niños habían recibido diagnóstico de TEA, concluyendo que:

- Un mayor tiempo frente a la pantalla al año se asoció con 3 veces más probabilidades de TEA, incrementándose estas posibilidades según aumentaban las horas expuestas a pantallas.

- La distribución del tiempo frente a la pantalla fue similar entre ambos sexos, pero entre las niñas no se encontró esta asociación.

Este estudio resulta particularmente interesante, teniendo en cuenta el fenómeno sociohistórico que fue la pandemia COVID-19 en el año 2020. Sobre esto no hay un estudio formal que relacione la pandemia como un factor predispuesto en el aumento de casos TEA en el Ecuador, pero de acuerdo con lo expuesto previamente, podría ser un factor para tener en cuenta, debido a que la pandemia significó un gran impacto en la crianza y las dinámicas de socialización: el confinamiento impuesto, el aislamiento de los niños con sus pares en entornos físicos, la masiva digitalización. Relacionando esto con el factor expuesto por Gaona, el mayor consumo de las pantallas puede ser un indicador del aumento diagnóstico a nivel nacional.

Características principales del enfoque sintomatológico conductual

Desde la mirada de la psiquiatría, el Trastorno del Espectro Autista se categoriza bajo el código 299.00 en el *Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales* y F84 - Trastornos Generalizados del Desarrollo en el CIE 10; por lo que se indagará y caracterizarán las clasificaciones oficiales codificadas bajo la premisa de cumplir criterios diagnósticos estandarizados, y que, como se ha descrito en su historización, estuvieron dentro del grupo de las psicosis.

Al contrastar los manuales de clasificación internacional, se observa que tanto el DSM-5 como la CIE-10 operan bajo una lógica descriptiva; mientras el primero agrupa las deficiencias bajo el término de Trastorno del Espectro Autista (APA, 2013), clasificando los ítems en dominios, donde para concretar el diagnóstico formal primero el paciente tiene que cumplir con ciertos criterios.

Para lograr el diagnóstico en base a la lectura del DSM-V, se deben cumplir los tres criterios del dominio A, al menos 2 de 4 criterios del criterio B y cumplir con los dominios C, D Y E.

El CIE 10 mantiene la nomenclatura de Autismo Infantil dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 1995). En la Tabla 1, extraída del trabajo de titulación de Zambrano, J. *(2024),* se ofrece una vista general de las diferencias entre el DSM-V y el CIE 10:

Tabla 1 *Cuadro comparativo de los manuales diagnósticos DSM V y CIE 10.*

DSM V	CIE 10
Trastorno del Espectro Autista 299.00 **Criterios Diagnósticos:** A. Deficiencias en la comunicación social, acercamiento social anormal y fracaso en la conversación normal, anomalías del contacto visual, deficiencia en las relaciones recíprocas. B. Patrones y comportamiento restringido y repetitivo, estereotipias, intereses excesivamente perseverantes. C. Síntomas presentes en las primeras fases del desarrollo. D. Síntomas que causan deterioro significativo en las áreas importantes del funcionamiento habitual. E. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo. **Niveles de gravedad:** F. Grado 1: Necesita ayuda. G. Grado 2: Necesita ayuda notable. H. Grado 3: Necesita ayuda muy notable.	F84: Trastorno Generalizado del desarrollo. F 84.0: Autismo Infantil Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo definido por: a) presencia de un desarrollo alterado o anormal que se manifiesta antes de los tres años, y b) por un tipo de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social, comunicación y comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado. c) el cuadro clínico no puede atribuirse a otras variedades del trastorno generalizado del desarrollo, a un trastorno específico del desarrollo de la comprensión de la lengua.

Nota. Tomado de *Efectos subjetivos en la construcción del neoborde a partir de la intervención psicológica con autistas* (p. 15), por J. E. Zambrano Torres, 2024, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Repositorio Institucional UCSG. http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/23503/1/UCSG-C436-23038.pdf

Dentro de las visiones de los manuales diagnósticos, el TEA se aborda desde un enfoque que patologiza; como consecuencia, el abordaje se dirige hacia distintos métodos y terapias. Buscando regular lo que no es conductualmente adecuado, privilegiando así, según Edge (2008, pp. 31-32), una óptica que centra su atención en lo comportamental, derivando en una visión que privilegia el síntoma.

El discurso médico psiquiátrico y corrientes que comparten los mismos criterios direccionan el tratamiento hacia la conducta. Por otro lado, también se suele acompañar el abordaje con profesionales psiquiátricos, donde se incluye tratamiento farmacológico. Y terapias con algunos métodos como terapias sensoriales, electroestimulaciones, ABA, terapia ocupacional, TEACCH, etc.

Dichas corrientes buscan regular la intensidad de las conductas con el fin de mejorar la calidad de vida. Desde el paradigma médico nacen ciertos enfoques y métodos que enmarcan diversas terapias y tratamientos. En la siguiente tabla realizada por la autora Zambrano (2024, pp. 17-18), tomando como referencia el trabajo de Egge M. (2008), se condensan algunos de los métodos y terapias más usadas actualmente, en el que se expone cómo estos métodos se enfocan en una modificación conductual realizada bajo un enfoque de aprendizaje.

Tabla 2

Teorías y Terapias no psicoanalíticas

Enfoques, teorías y terapias.

Enfoque de Rehabilitación Clásico	Es un enfoque interdisciplinario que apunta a la reducción de los síntomas asociados y los comportamientos alterados, con intervenciones tanto farmacológicas como terapéuticas.	• Terapia Psicomotora • Terapia Logopédica
Enfoque Cognitivo Comportamental	Hay gran énfasis en los procesos cognitivos, en la abstracción de información, y las dificultades de interacción, busca que el autista se adapte y desarrolle sus capacidades sociales.	• Método Delacato • Etología • Teoría de la mente • Lovaas y ABA • TEACCH • La Comunicación Facilitada
Enfoque Emotivo Relacional	Según este enfoque, se señala que el proceso de las interacciones familiares que conduce a este diagnóstico se estructura a lo largo de tres generaciones, las cuáles van de cierto modo heredando al otro cierto dominio de desilusión y frustración	• Modelo sistémico y terapia familiar • Musicoterapia • Terapia holding • AERC • Terapia asistida a través de animales

Nota. Tomado de *Efectos subjetivos en la construcción del neoborde a partir de la intervención psicológica con autistas* (pp. 17-18), por J. E. Zambrano Torres, referenciando el trabajo de M. Egge. *El tratamiento del niño autista* (2008, pp. 38-51)

En este recorrido realizado por Egge (2008) sobre los distintos abordajes terapéuticos del autismo, el autor señala que el denominador común de todas estas terapias reside en la aplicación de una técnica —en manos del especialista— cuyo objeto es "curar" al niño, subrayando la falla o el defecto que debe ser eliminado, todo

en detrimento de la subjetividad del niño mismo (p. 25). A partir de este señalamiento, Egge organiza los enfoques no psicoanalíticos en tres grandes corrientes.

El enfoque de rehabilitación clásico:

Trata al autismo como un déficit neurológico o psicomotor equiparable a cualquier discapacidad, interviniendo sobre síntomas específicos sin considerar la dimensión subjetiva del niño. Comprende tres modalidades: la farmacología, que consiste en la administración de sustancias psicoactivas —neurolépticos, antidepresivos, tranquilizantes y, más recientemente, equilibradores del humor como la risperidona— con el fin de reducir comportamientos alterados como la estereotipia y la agresividad, sin que se hayan obtenido resultados evidentes con ninguna combinación; la terapia psicomotora, que consiste en intervenir sobre el cuerpo y el movimiento del niño bajo el supuesto de que el desarrollo motor organiza el psíquico, utilizando métodos que van desde el diálogo tónico de Ajuriaguerra hasta el trabajo sensoriomotor de Aucouturier, inspirado en las teorías de Bick y Tustin; y la terapia logopédica, que consiste en corregir dificultades específicas del lenguaje oral y escrito —como disgrafía o dislexia— partiendo del supuesto de que se trata de dispraxias eliminables, sin considerar suficientemente la base afectivo-emocional del autismo, lo que explicaría sus frecuentes fracasos (Egge, 2008, pp. 25-27).

El enfoque cognitivo-comportamental:

Sitúa el autismo como una discapacidad de origen orgánico y prioriza la comprensión y mejora de los procesos cognitivos, con el objetivo de favorecer la inserción social del niño (Egge, 2008, p. 27). Dentro de este enfoque se desarrollaron diversas propuestas: el *método Delacato*, que consiste en estimular sensorialmente al niño para "reprogramar" su desarrollo neurológico siguiendo un supuesto camino filogenético interrumpido, sin obtener reconocimiento científico por las regresiones que produjo (Egge, 2008, p. 28); el *enfoque etológico de los Tinbergen*, que consiste en interpretar el autismo como un “conflicto motivacional” entre sistemas de acercamiento y evitación, atribuyendo el "descarrilamiento autista" a condiciones externas que influyeron negativamente sobre los padres del niño (Egge, 2008, pp. 28-29); la *teoría de la mente*, que consiste en investigar la incapacidad del niño autista para atribuir estados mentales a otros, desarrollada por Wimmer, Perner, Baron-Cohen, Frith, Leslie y Hobson desde vertientes cognitivas y socio-emotivas (Egge,

2008, pp. 29-30); el *método ABA* de Lovaas, que consiste en un entrenamiento conductual intensivo —entre 25 y 40 horas semanales— que fracciona conductas complejas en pasos elementales enseñados mediante condicionamiento (Egge, 2008, p. 30); el *método TEACCH* de Schopler, que consiste en adaptar el entorno educativo a las capacidades visuales del niño autista mediante soportes visuales estructurados, aunque Egge señala que borra la especificidad del autismo al equipararlo con los trastornos del lenguaje (Egge, 2008, pp. 30-31); y la *comunicación facilitada*, que consiste en posibilitar la expresión escrita del niño mudo mediante el uso de un ordenador con la asistencia física de un facilitador (Egge, 2008, p. 32).

El enfoque emotivo-relacional:

Busca abordar el autismo desde la dimensión emocional y vincular, intentando abrir una brecha en el cierre autista mediante el afecto o el contacto corporal, aunque Egge (2008) advierte que difícilmente producen un mejoramiento duradero en la patología (p. 33). Comprende cuatro modalidades: el *modelo sistémico y la terapia familiar*, que consiste en intervenir sobre las dinámicas relacionales de la familia como unidad terapéutica —desarrollado por Bateson y continuado por Selvini Palazzoli y Sorrentino—, sin lograr explicar, según Egge, por qué la frustración debería ser el agente de la psicosis (Egge, 2008, pp. 32-33); la *musicoterapia*, que consiste en el uso terapéutico de la música estructurada —melodía, ritmo y canto— como primer medio de contacto con el niño autista, aprovechando el efecto pacificador que la codificación fija y previsible de la música produce en él (Egge, 2008, p. 33); el *holding y el método AERC* de Zappella, que consiste inicialmente en imponer el contacto físico forzado con el adulto para provocar una activación emocional —método luego abandonado por su carácter traumático— y transformado en el AERC, que articula el compromiso corporal, la voz y la mirada como vías de acceso al niño autista (Egge, 2008, pp. 33-34); y la *terapia asistida con animales*, que consiste en el empleo de caballos o delfines como mediadores del vínculo terapéutico, sin ser una terapia específica para el autismo ni apoyada en principios teóricos que traten el síndrome de forma codificada (Egge, 2008, p. 34).

Características principales de la lectura estructural del autismo

La teorización del autismo no ha sido exclusiva del discurso médico, puesto que también la corriente psicoanalítica ha llevado un extenso estudio sobre el mismo. El

psicoanálisis, en contraposición al discurso fenomenológico y medible de la conducta tomado por la psiquiatría y corrientes terapéuticas afines, busca centrar su estudio en profundidad respecto al sujeto, como formula Maleval (2011): la clínica sin sujeto queda reducida a la espera de rasgos observables para salir del apuro (p. 13). Esto quiere decir que el trabajo con un paciente no queda solo reducido en cuanto a su sintomatología presentada, sino que se busca explorar en la singularidad de cada caso presente, el popular "caso a caso", debido a que la sintomatología de las personas, aunque similares, pero nunca iguales, pueden responder a diversas causas, concepto al que Freud se referirá como economía psíquica.

Antes de hablar del autismo, es necesario entender que el psicoanálisis estructural propuesto por Jacques Lacan trabaja al sujeto desde lo que él nombrará "la insondable decisión del ser". Para poder delimitar al sujeto autista, se deberá hacer una diferenciación de las generalidades de las diferentes estructuras, y cómo el sujeto encuentra su manera particular de hacer particular con el mundo, el lenguaje y el cuerpo. Esto de manera general para poder precisar de mejor manera el presente apartado.

Lacan situará al sujeto como efecto del lenguaje; esta señalización permite que la conceptualización del sujeto vaya más allá de lo únicamente subjetivo y de lo exclusivamente singular; lo anclará en la cadena significante, permitiendo representar otro significante, es decir, sujeto a las leyes del lenguaje (Jofré L., 2023, p. 5). Es un sujeto dominado por el inconsciente estructurado como un lenguaje.

Explicado lo anterior, se puede introducir las dimensiones estructurales del sujeto, donde se encuentra la neurosis, caracterizada por un sujeto dividido, en falta. Dentro de los tiempos del Edipo se llega a inscribir la falta, y dicha inscripción trae consigo una identificación fálica y de ley, permitiendo que el Nombre del Padre se articule al sujeto de la neurosis (Obsesiva e Histérica), donde la forma de defenderse del sujeto ante la falta impuesta por la castración será la represión. A diferencia de otras estructuras, el autor Bernal (2009, p. 2) comentará que lo fundamental del sujeto neurótico es que se trata de un sujeto de la duda; se interroga por su existencia y deseo.

Existe la posibilidad de que la ley, la castración y, por ende, la falta no termine de instaurarse simbólicamente; cuando eso sucede, nos encontramos con el sujeto de la psicosis, el sujeto de la certeza. Este sujeto no inscribe el significante en lo simbólico, lo que deja al goce desregulado, permitiendo que este retorne desde el registro de lo real a manera de delirio y desarticulación con la realidad. A su vez, Bernal (2009, p.

2) mencionará en contraposición que lo que caracteriza al psicótico es la certeza: él tiene una certeza sobre lo que le está pasando, y esta certeza funda su delirio, siendo comprendido como fenómenos elementales, y el mecanismo de defensa que opera desde esta estructura es la Forclusión.

En la perversión se trataría del sujeto de la certeza sobre su goce sexual, es decir, "ya sabe todo lo que hay que saber sobre el goce"; es en esa manera de operar donde se forma una escena con respecto al saber del gozar, siendo el perverso quien busca llevar a los demás a completar la falta de los demás a través del goce, lo que termina siendo insoportable para los demás.

Entonces, al momento de hablar del sujeto autista, nos encontramos al sujeto que Eric Laurent postula, el sujeto de la "forclusión del agujero". Se logra entender que hay un modo particular en el que el sujeto autista se ha situado respecto al lenguaje, y cómo la "forclusión del agujero" sirve para indicar la delimitación de un borde simbólico. Esto se puede entender como que este sujeto no se queda por fuera del lenguaje, sino que la particularidad reside en que no necesita demandar; es el Otro quien se queda por fuera, ya que su lenguaje se ve introvertido para sí mismo. Es partiendo de este enunciado que otras conceptualizaciones engloban esta "dificultad para socializar", esto como resultado de no haber una delimitación simbólica que permita dirigirse al otro, además de no demandarlo. Egge M., 2008, dirá lo siguiente: "su palabra no le sirve para decir, sino para gozar" (p. 77).

CAPÍTULO II
LA SUPERFICIALIDAD DEL TEA, UNA MIRADA A LA CLÍNICA INFANTIL

Factores que contribuyen al aumento de diagnósticos de TEA:

Durante todo este repaso sobre el autismo se ha podido observar cómo el diagnóstico del TEA ha ido en aumento y cómo la separación de otros trastornos y la teorización formal del mismo ha permitido clasificar de una manera más efectiva a las personas que lo poseen. Su evolución a lo largo del tiempo también ha ido abarcando y desclasificando criterios diagnósticos, pero esto no termina siendo suficiente. Viendo las estadísticas de casos de autismo, este ha presentado un incremento exponencial. Solo desde los años 2000 hasta el 2024 los casos de autismo habrían aumentado un 317%, pasando a afectar a 1 de cada 59 niños a nivel mundial (Salud y Medicina, 2024, párr. 1). Esta cifra se presenta como una aproximación a la cantidad real, ya que en países en vías de desarrollo no hay tantos estudios estadísticos que permitan precisar la cantidad de casos reales. Lo que sí es una realidad es que los casos diagnosticados solo siguen aumentando, con un incremento del 17% anual, donde los niños que se encuentran dentro del espectro superan a los casos de sida, cáncer y diabetes juntos. Este incremento en los diagnósticos del TEA permite cuestionar si realmente los casos reales han aumentado: ¿acaso la detección precoz es más eficiente? ¿Existirán errores en la clínica que lleguen a reducir la condición del sujeto autista a simples manifestaciones conductuales?

Y es que, para ofrecer un punto de partida a estos interrogantes, es necesario retomar los primeros datos epidemiológicos disponibles sobre el caso. En Almeida y Neves (2020) se menciona que el primer estudio epidemiológico sobre autismo data de 1966, en Inglaterra, a cargo de Víctor Lotter, quien encontró una prevalencia de 4,5 niños autistas por cada diez mil niños. Observación que también es señalada en otros estudios desarrollados a finales de esta misma época y comienzo de la época de los 70 en Europa, que apuntaban a que había un autista por cada 2.500 niños. Prevalencia que desde entonces ha ido en aumento a nivel global en un aproximado de treinta veces más.

Fenómeno que, para ser monitoreado, en el año 2000 el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) creó el *Autism and Developmental Disabilities*

Monitoring (ADDM), una red encargada de las estimaciones y prevalencia del TEA en los Estados Unidos. En la cual su primera investigación realizada en ese mismo año se registraba a un autista por cada 150 niños examinados. Hacia 2014, la última estimativa había ascendido a un autista por cada 68 niños, con una prevalencia del 1,47% (Almeida y Neves, 2020). Datos que, al compararse con investigaciones más recientes como la desarrollada por Machado et al. (2026), se resalta que entre 2000 y 2020 la prevalencia en Estados Unidos muestra un incremento del 315% según los mismos registros del CDC, con una proyección que anticipa un incremento sostenido en las próximas décadas.

Sin embargo, es indispensable señalar que estos datos epidemiológicos no están exentos de las limitaciones metodológicas que cuestionan la solidez de la noción de "epidemia de autismo". Ejemplo de esto es el aumento en las tasas de prevalencia que no equivale necesariamente a un aumento en la incidencia real del trastorno:

> La creencia sobre el aumento de la incidencia es la responsable del surgimiento de la idea errónea sobre la 'epidemia de autismo', noción que ni siquiera se sostiene empíricamente, una vez que los pocos estudios sobre incidencia no fueron adecuados para poner a prueba la hipótesis de la epidemia. (Fombonne, 2009, como se citó en Almeida y Neves, 2020, p. 3)

Respecto a esto, Almeida y Neves (2020) resaltan que gran parte de los estudios sobre la prevalencia diagnóstica son realizados en Europa y Estados Unidos, siendo que muchos otros países no disponen de datos tan bien documentados, incluyendo las mismas naciones latinoamericanas que carecen de estos mismos. En este sentido, es necesario mencionar lo que Teixeira et al. (2025) señalan, y es que el principal factor responsable de la elevación de los diagnósticos de TEA está relacionado con los avances técnico-científicos y la mayor sensibilidad de los sistemas de salud para la realización de una identificación precoz y precisa del trastorno, siendo los cambios en los criterios clasificatorios, la mayor capacitación de los profesionales de la salud y la ampliación del acceso a los servicios de evaluación los elementos determinantes.

En consecuencia, es relevante mencionar que las cifras no pueden leerse de manera aislada sin considerar la sucesión de cambios que ha habido en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo. Como advierten Almeida y Neves (2020):

> A menos que las comparaciones también controlen rigurosamente los cambios en las definiciones de los casos, las interpretaciones de las diferencias en las tasas de prevalencia a lo largo del tiempo y a través de las investigaciones serán

> virtualmente imposibles. (Fombonne, 2009, p. 88, como se citó en Almeida y Neves, 2020, p. 4)

Esto supone que una parte importante del incremento estadístico no responde a un aumento real en el número de personas con autismo, sino a la ampliación progresiva de los criterios de inclusión diagnóstica. Asimismo, Almeida y Neves (2020) plantean que, en 65 años, el autismo se transformó de síntoma de las psicosis infantiles a Trastorno del Espectro Autista, tal como quedó consagrado en el DSM-5, donde el espectro pasó a englobar el Trastorno Desintegrativo de la Infancia, el Trastorno de Asperger y el Trastorno Invasivo del Desarrollo sin otra especificación. Transformación que Delagnolo (2025) analiza en las versiones del DSM para resaltar cómo las sucesivas versiones de este manual contribuyen a la expansión diagnóstica del autismo: por ejemplo, en Brasil, el número de estudiantes con diagnóstico de TEA matriculados en educación especial pasó de 20.511 en 2012 a 405.056 en 2022, coincidiendo precisamente con la adopción generalizada del DSM-5.

Esta ampliación hacia una concepción de espectro agravó la imprecisión de los criterios de inclusión. En la opinión de Touati, Mercier y Tuil (2016, p. 58, como se citó en Almeida y Neves, 2020, p. 5), esta ampliación "parece, en muchos aspectos, un depósito para cuadros bastante heterogéneos en el plano clínico, psicopatológico y etiopatogénico". Más niños serían incluidos a partir de esta concepción de espectro, lo cual exige problematizar el aumento de diagnósticos, inclusive para la propia práctica clínica del psicólogo, quien se verá ante una demanda que abarca diversas posibilidades sintomáticas. Bernardino (2017) profundiza esta perspectiva al señalar que el desaparecimiento de la categoría de "psicosis infantil" del discurso psiquiátrico norteamericano produjo un incremento significativo en los casos diagnosticados como autismo infantil, advirtiendo que detrás de este fenómeno operan criterios económicos e ideológicos que sostienen el cambio de paradigma en la psicopatología infantil. Criterios que, desde una lectura psicoanalítica, resultan inseparables de las consecuencias clínicas y subjetivas de ese movimiento.

Observar el fenómeno sin las debidas consideraciones críticas genera el riesgo de caer en prácticas basadas en una normativización que pueden conllevar la medicalización y la exclusión del sujeto de su propio sufrimiento. Como se citó en Almeida y Neves (2020, p. 6), "sin considerar al sujeto, estamos inclinados 'a tomar a los seres humanos como meros instrumentos de un proyecto de producción del ideal' (Alfredo Jerusalinsky, 2015, p. 270)".

> En esta misma línea Julieta Jerusalinsky (2015) advierte que al promover una "patologización precoz" se corre el riesgo de mirar al niño únicamente desde la perspectiva del padecimiento. "De ese modo, el diagnóstico asume el valor predictivo del destino de un sujeto que amalgama el cuadro nosográfico a la dimensión óntica del ser". (Jerusalinsky, 2015, p. 113, como se citó en Almeida y Neves, 2020, p. 6)

En suma, el incremento de diagnósticos del TEA es un fenómeno multideterminado cuyo fundamento, lejos de responder únicamente a un aumento real de la condición, se edifica en la articulación entre las perspectivas psiquiátrica y social, las transformaciones en los criterios clasificatorios y los efectos que estas producen en la práctica clínica contemporánea (Almeida y Neves, 2020).

Predominio del paradigma biomédico y clasificatorio:

El estudio y la práctica contemporánea en el campo de la salud mental infantil se encuentran fuertemente regulados por la hegemonía del paradigma biomédico y clasificatorio, y este es un hecho que no se puede negar. Esta perspectiva epistemológica, consolidada a través de los manuales estadísticos como el DSM-5 y la CIE-10, asume que los padecimientos psíquicos de la infancia pueden ser comprendidos y simplemente categorizados a partir de la identificación exhaustiva de ciertas conductas observables y déficits cuantificables en el niño. Al operar bajo esta lógica estrictamente fenomenológica y descriptiva, este enfoque desplaza la pregunta del sufrimiento singular y central del niño, por un lado, y prioriza la asignación de una etiqueta diagnóstica estandarizada que responda únicamente a las exigencias de las universalizaciones y protocolización de las instituciones actuales, en particular en los sistemas sanitarios y educativos. Esta hegemonía no es neutral; como señala Gómez-Esteban (2022), "el paradigma biomédico predominante ha llevado a la crisis de las psicopatologías actuales" precisamente por "no incluir la subjetividad", derivando en una sobremedicalización del sufrimiento de la población que ya no puede distinguir entre malestar existencial y condición psiquiátrica.

Y es que este modelo clasificatorio no surgió de forma espontánea, sino que es el resultado de un proceso histórico de reconfiguración del campo psiquiátrico que De Maman y De Maman (2026) ubican con precisión: el DSM-5 y la CIE-11 "no se limitan a describir trastornos, sino que operan como dispositivos que organizan,

normatizan y delimitan formas específicas de comprender e intervenir sobre el sufrimiento psíquico" (p. 4). Esta ruptura con la tradición crítico-filosófica del campo psicopatológico se consolidó con la publicación del DSM-III en 1980, que representó, según Russo y Venâncio de acuerdo con Almeida y Neves (2020, p. 5), un quiebre en tres niveles:

- La estructura conceptual, al proponer una única lógica clasificatoria
- El abordaje psicoanalítico, hasta entonces dominante en las ediciones anteriores
- Y las representaciones sociales vinculadas al individuo moderno y a los grupos identitarios.

Siguiendo esta lógica se exponen que:

> La nueva psiquiatría que emerge de este proceso pretende construir un sistema de clasificación que, con pretensión de objetividad y neutralidad teórica, "provea criterios explícitos, operacionalmente observables y que reduzcan al mínimo el uso de interferencias teóricas no directamente observables" (Dunker y Kyrillos Neto, 2015, p. 198, como se citó en Almeida y Neeves, 2020, p. 5).

Sin embargo, como señalan los mismos autores, esta pretendida neutralidad niega que la escucha y la mirada siempre están condicionadas por la dimensión subjetiva de quien observa y escucha a un sujeto. Esta pretensión de objetividad se asienta, además, en supuestos naturalistas cuya solidez filosófica es cuestionable. Castañares, Folguera y Bagatolli (2021) han señalado, a partir de la lectura de Canguilhem, que las neurociencias definen y legitiman los rasgos autistas como expresión sub-clínica del autismo bajo la premisa de que los comportamientos deben explicarse en términos estrictamente biológicos; asumiendo así que existe una frontera objetiva y natural entre lo normal y lo patológico. Esta hipótesis naturalista, más que un cambio, plantea un estancamiento limitado por esta línea de pensamiento que se plantea a seguir; misma línea de pensamiento que es heredera de la tradición biologicista y no aparece de forma espontánea de ningún lado; línea de pensamiento que solo refuerza la ilusión de que el diagnóstico es un acto de descubrimiento neutral. Una gran mentira que se usa para negar el efecto que puede tener en la vida subjetiva de un niño un diagnóstico, que en realidad solo se constituye de una operación de clasificación y producción de categorías.

El DSM-5, al adoptar una perspectiva predominantemente biomédica con criterios diagnósticos operacionalizados, busca garantizar una mayor confiabilidad y

estandarización de los criterios diagnósticos, enfocado especialmente en el campo de la investigación psiquiátrica. Sin embargo, este es un enfoque que la misma ha sido objeto de críticas por favorecer la expansión diagnóstica y la medicalización de experiencias humanas ordinarias como si nada. Tal como señalan De Maman y De Maman (2026), aunque ambos sistemas —DSM-5 y CIE-11— contribuyen a la estandarización diagnóstica, "también operan reducciones de la complejidad del sufrimiento psíquico, especialmente en lo que se refiere a la singularidad de las experiencias subjetivas" (p. 2). En el contexto contemporáneo, marcado por intensas transformaciones sociales, tecnológicas y culturales, estas tensiones se vuelven aún más evidentes: fenómenos como la hiperconectividad digital, la precarización de las relaciones de trabajo y la creciente ampliación de las demandas de desempeño impactan directamente los modos de subjetivación y las formas de expresión del sufrimiento psíquico, tensionando los límites de los sistemas clasificatorios para aprehender la complejidad del mismo (De Maman y De Maman, 2026, p. 4). Esta lógica del rendimiento, articulada con la lógica biomédica, produce contextos en que las singularidades subjetivas son fácilmente reducidas a síntomas clasificables.

Una consecuencia concreta de esta lógica puede observarse en lo que Bianchi (2016) denomina el proceso de biomedicalización: las reformulaciones del TDAH y el TEA en el DSM-5 pueden entenderse a la luz de las características más amplias de los procesos de medicalización y biomedicalización que recaen con énfasis sobre las infancias, generando un entorno en que el diagnóstico no solo describe una condición, sino que la produce como identidad.

Es en este marco donde sale a relucir la diferencia fundamental que existe entre el DSM-5 y la CIE-11, y es en su *tratamiento del sufrimiento psíquico* que resulta revelador señalarlo: mientras que en el DSM-5 se privilegia un abordaje mucho más categórico, basado exclusivamente en criterios diagnósticos definidos y establecidos de una forma rígida, el CIE-11 adopta una perspectiva mucho más flexible e incorpora aspectos como lo cultural, lo social y lo contextual en las evaluaciones clínicas. Esto refleja una diferencia curiosa entre ambas matrices epistemológicas y las finalidades institucionales, las cuales impactan directamente en el modo en que los diagnósticos son construidos y aplicados en ambos manuales. Pues, como puntualizan De Maman y De Maman (2026), tales divergencias logran evidenciar una tensión permanente entre la búsqueda de precisión diagnóstica y la necesidad de reconocimiento de la

singularidad del sujeto; tensiones que, lejos de ser solo técnicas, expresan disputas más amplias en el campo de la salud mental.

Evaluación basada en conductas observables que no son flexibilizadas por los profesionales:

Como se ha venido mencionando, el diagnóstico del TEA se fundamenta en la observación de conductas externas. Tanto el DSM-5 como la CIE-10 definen el trastorno a partir de dos dominios conductuales ya expuestos. Esta definición conductual permite un lenguaje clínico común y facilita la replicabilidad de los estudios epidemiológicos, pero al mismo tiempo expone el proceso diagnóstico a los sesgos inherentes de cualquier observación no mediada por marcadores biológicos.

Martín Fernández-Mayoralas et al. (2013, p. 261) señalan que el diagnóstico ha de ser necesariamente multidisciplinario, con participación de neurología infantil, psiquiatría y psicología especializada, y que las escalas y cuestionarios son herramientas de apoyo, pero en ningún caso reemplazan el juicio clínico. Los dos instrumentos más utilizados son: Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) y el Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), los cuales presentan una concordancia interexaminador de entre el 70% y el 80% en entornos no especializados, lo que pone en evidencia la subjetividad inherente al proceso en base a los reportes ofrecidos en el 2025 de parte del Journal of Autism and Developmental disorders. Asimismo, esto puede acarrear diagnósticos ineficientes que no necesariamente respondan a un autismo, sino más bien a particularidades del desarrollo, llegando a provocar estrés en las familias y, en algunas ocasiones, intervenciones inapropiadas e iatrogenia.

Una limitación recurrente en la práctica clínica es la aplicación rígida e inflexible de los criterios diagnósticos sin atender suficientemente al contexto del niño, su historia de desarrollo y las variables culturales y familiares. Rivière (1997, p. 7) advertía ya que las clasificaciones diagnósticas, como la DSM-IV en su momento, no deben utilizarse como fundamentos rígidos del diagnóstico clínico, el cual "siempre tiene que basarse en una observación rigurosa de las conductas del niño y en una interpretación fina de su significación". Esta advertencia sigue siendo pertinente a la luz de los desarrollos actuales.

El uso de herramientas estandarizadas de tamizaje, como el M-CHAT-R/F, en todos los niños sin distinción de contexto puede producir falsos positivos, especialmente cuando se aplican a niños con retrasos transitorios del desarrollo que no cumplen los criterios completos de TEA. Martín Fernández-Mayoralas et al. (2013, p. 262) recuerdan que la evaluación de primer nivel no tiene como fin establecer diagnósticos, sino detectar precozmente a los niños en riesgo y derivarlos a especialistas. Sin embargo, en la práctica clínica cotidiana, las herramientas de cribado son frecuentemente empleadas con un valor diagnóstico que no les corresponde, lo que deriva en etiquetados prematuros y en la ausencia de flexibilidad interpretativa que debería caracterizar al evaluador competente. Desde la perspectiva psicoanalítica, Llanos (2024, p. 108) sostiene que la problemática del sobrediagnóstico de TEA surge precisamente cuando se confunde la acción de diagnosticar, que implica un proceso construido en la relación transferencial, con un posicionamiento ético, con la de rotular, que aplica mecánicamente un conjunto de criterios predefinidos a la conducta observable del niño. Esta puntuación es vital para comprender y profundizar sobre los riesgos de una práctica clínica que sobrepone la eficiencia diagnóstica antes que la comprensión singular del sujeto.

Uso de manuales diagnósticos estandarizados:

La evolución teórica del autismo trae consigo diferentes planteamientos desde su primera descripción Kanner en 1943. Riviére (1994) distingue este proceso en tres grandes etapas: La primera abarca la teorización desde el año 1943-1963, donde esta se encontraba dominada por el paradigma psicodinámico y sobre la hipótesis de los "padres culpables" con la teoría de las "madres neveras"; la segunda etapa atraviesa el periodo de 1963-1983, donde la teorización tornaba en explicaciones cognitivo-conductuales y neurobiológicas, y la tercera, que transcurre desde 1983 hasta la actualidad, se caracteriza por la concepción del término "espectro autista" y la consolidación de enfoques cognitivo-interaccionistas. El comprender estos avances dentro de la teorización del autismo es fundamental para lograr contextualizar de manera crítica el lugar de los manuales diagnósticos vigentes.

En el CIE-10, la ubicación del autismo se encontraba en el código F84, el cual pertenece al grupo de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), caracterizada por la tríada de Lorna Wing. Esta tríada consta de: alteraciones en la interacción social

recíproca, patrones idiosincráticos de comunicación y lenguaje, y repertorio estereotipado de actividades e intereses. Resulta pertinente resaltar que la comparación entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 muestra que el número de criterios diagnósticos se redujo de 16 a los agrupados en dos dominios, y que todos los subtipos de los TGD, incluyendo el Síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado, quedaron unificados bajo el paraguas del TEA. Grosso Funes (2021) señalaron el riesgo de que esta unificación excluyera del diagnóstico a un porcentaje de casos de TGD que antes lo recibían, mientras que otros sujetos con síntomas marginales quedarían incluidos en un espectro excesivamente amplio (p. 281).

Grosso Funes (2021, p. 276) señala que el DSM es un manual producido por una asociación profesional de una única disciplina de un solo país, con finalidades económicas, mientras que la CIE se construye a partir de un proceso global, multidisciplinario y multicultural. Este origen diferencial tiene consecuencias epistemológicas relevantes: el DSM-5, afirma la autora citando a Frances (2009, 2010, p. 1-2), podría generar una "inflación diagnóstica" y crear "falsas epidemias de trastornos mentales", en especial cuando sus dimensiones se aplican en poblaciones vulnerables como niños y adolescentes.

Otra limitación central radica en que ambos manuales se basan exclusivamente en descripciones conductuales, sin que exista, hasta la fecha, ningún biomarcador biológico universal que confirme el diagnóstico de TEA. Neurocupa (2025, párr. 4) resalta datos del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, donde se indica que en 2024 la prevalencia del TEA en niños de 8 años es de aproximadamente 1 en 36, un aumento que en parte se atribuye a la ampliación de los criterios diagnósticos y a mejoras en los sistemas de tamizaje. Este incremento de prevalencia no puede interpretarse sin una lectura crítica del propio sistema clasificatorio que lo produce.

Asimismo, Neurocupa advierte que los criterios del DSM 5 TR y de la prueba ADOS-2 están calibrados principalmente en muestras masculinas caucásicas, lo que ignora las manifestaciones atípicas en minorías étnicas, mujeres y adultos. Además de esto, en la población femenina el TEA se suele sub-diagnosticar debido a un fenómeno de masking o “camuflaje social”, con una relación de diagnósticos de 3:1 (2025, párr. 6). Este sesgo de género pone en evidencia los límites de los manuales como instrumentos de objetividad neutral.

Manifestaciones conductuales inespecíficas (como retrasos del lenguaje o aislamiento) que son homologadas frecuentemente como criterios de TEA en manuales diagnósticos:

Una de las dificultades clínicas más documentadas en el diagnóstico del TEA es la presencia de manifestaciones conductuales que son compartidas con múltiples otras condiciones del neurodesarrollo y que, sin embargo, son frecuentemente tomadas como indicadores diagnósticos de autismo en ausencia de una evaluación diferencial rigurosa. El CDC (2024) señala explícitamente que "algunas personas sin TEA también podrían tener algunos de estos síntomas" (párr. 2), aunque para las personas con el trastorno estas características "pueden dificultarles mucho la vida". Esta advertencia institucional subraya la necesidad de no interpretar los síntomas de manera aislada. Por otra parte, Ekai Neuropsicología (2018) es categórica al respecto: las dos primeras manifestaciones del TEA, alteraciones en la comunicación e interacción social, "no son específicas de los TEA, ya que pueden ser compartidas con muchos otros trastornos. Su sensibilidad y especificidad aumentan cuando se asocian a patrones estereotipados y restrictivos de conducta" (párr. 3). En ausencia de estos últimos, una conducta de aislamiento o un retraso del lenguaje no puede ser considerada, por sí sola, indicador de TEA.

González (2023, párr. 2), fundadora de ALETA Terapia y especialista certificada en diagnóstico de autismo por el Child Mind Institute y Weill Cornell Medicine, identifica cinco conductas que con frecuencia generan sospecha de autismo sin que sean exclusivas ni patognomónicas del trastorno:

No responder al nombre: puede responder a pérdida auditiva fluctuante (otitis media), inmadurez del desarrollo o signos tempranos de TDAH.

- Resistencia a los cambios en las rutinas: común en muchos niños típicamente desarrollados, para quienes la estructura es incluso recomendable como soporte cognitivo y emocional.
- Sensibilidad sensorial: Puede tratarse de un Trastorno del Procesamiento Sensorial independiente del TEA.
- Retraso del lenguaje: depende del nivel de estimulación, necesidades comunicativas, factores hereditarios y de crianza.

- Baja sociabilidad: algunos niños requieren más tiempo para sentirse seguros en entornos nuevos, sin que esto sea indicativo de un déficit en la interacción social.

Rivière (1997, p. 7) ya señalaba que conductas como la hipersensibilidad a estímulos sensoriales, las alteraciones en la conducta alimentaria y del sueño, los cambios inexplicables de estado de ánimo y la hiperactividad son "frecuentes, pero no son criterios necesarios para diagnosticar autismo". Esta distinción entre síntomas centrales y síntomas asociados o inespecíficos es fundamental para evitar que el diagnóstico de TEA se construya sobre una acumulación de conductas que, tomadas de manera aislada, no tienen valor diagnóstico específico.

La página Ekai Neuropsicología menciona algunos de los diagnósticos que con mayor frecuencia suelen confundirse con TEA; dentro de los mencionados se encuentran: Trastorno del Desarrollo del Lenguaje, Trastorno del Desarrollo Intelectual, regresiones secundarias a encefalopatías epilépticas (Síndrome de Landau-Kleffner), TDAH, Mutismo Selectivo, Trastorno por Movimientos Estereotipados, Trastorno de Ansiedad Social y Trastorno del Aprendizaje No Verbal (2018). Lo que permite discernirlos de un diagnóstico de TEA en estos casos radica en la ausencia de patrones restrictivos y repetitivos, asociados a dificultades comunicativas y sociales, o en que estas dificultades se explican mejor por otra condición, como suelen referir los criterios diagnósticos del DSM-V.

Martín Fernández-Mayoralas et al. (2013, p. 261) advierten que el diagnóstico diferencial puede ser especialmente complejo con el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado y la disfasia del desarrollo (trastorno específico del lenguaje mixto), razón por la cual el diagnóstico final debe partir siempre de un especialista y no del profesional de primera línea. El retraso del lenguaje, por ejemplo, puede ser diferenciado del autismo si el niño muestra intencionalidad comunicativa, señalando y usando gestos y ademanes para hacerse entender.

Es gracias a esto que la homologación de conductas inespecíficas como criterios de TEA no resulta en un fenómeno trivial; tiene impacto en las diferentes áreas que corresponden al paciente: clínicas, educativas, familiares y sociales de gran alcance. Un diagnóstico correctamente realizado debería ser el punto de partida para un buen procedimiento, ya que proporciona los datos necesarios para establecer de qué manera se llevará la clínica o en la elaboración de un plan de acción individualizado. Por el contrario, un diagnóstico inadecuado deriva en intervenciones inapropiadas que no

responden a las necesidades reales del sujeto y que, en el peor de los casos, pueden llegar a generar una cronificación artificial de las dificultades presentes.

Desde la perspectiva de los manuales, Grosso Funes (2021, p. 278) alerta que la ampliación del concepto de espectro en el DSM-5, al reducirse de 16 a una lógica de dos dominios dimensionales, podría producir un efecto de hiperinclusividad, en el que sujetos con dificultades del desarrollo parciales o transitorias son etiquetados bajo el diagnóstico de TEA sin que realmente lo padezcan. Frances (2009) ya advertía sobre el riesgo de "inflación diagnóstica" y la creación de "falsas epidemias de trastornos mentales" como consecuencia de la reducción de umbrales en los manuales.

Instrumentos y escalas de detección del TEA:

Las herramientas, instrumentos y escalas de detección dependerán de la corriente clínica ejercida al momento de llevar el encuentro con el paciente. Sin embargo, entre los instrumentos más utilizados para la evaluación diagnóstica del Trastorno del Espectro Autista (TEA), se destacan cuatro herramientas de referencia internacional que, por su validez y confiabilidad, han sido adoptadas de manera sistemática tanto en contextos clínicos como investigativos. Uno de ellos es el Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), que de acuerdo con el Equipo Autismo Murcia es una entrevista semiestructurada dirigida a los padres o cuidadores principales del niño, aplicable cuando este presenta una edad mental superior a los 18 meses y que abarca cuatro grandes dominios: la interacción social recíproca, las alteraciones en la comunicación y el lenguaje, las conductas repetitivas y ritualizadas y el momento de aparición de los síntomas. Al estar construida en correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10, ofrece una base clínica robusta para establecer diagnósticos diferenciales y fundamentar planes de intervención individualizados (2020, p. 1).

Dentro de las pruebas brindadas por el Equipo Autismo Murcia, también se encuentra el Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G), que es considerado, junto con el ADI-R, una de las escalas más utilizadas. Consiste en una escala de observación semiestructurada que evalúa: comunicación, interacción social recíproca, juego, imaginación y conductas estereotipadas e intereses restringidos mediante actividades y situaciones diseñadas y dirigidas por el evaluador. Su

aplicación va desde etapas preescolares no verbales hasta la adultez con lenguaje fluido.

También es posible encontrar el Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F), que representa la herramienta de tamizaje temprano más extendida dentro de la atención primaria y está compuesto por 23 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No), diseñado específicamente para la detección de señales de riesgo de TEA en niños de entre 16 y 30 meses de edad. Su estructura contempla tanto ítems de síntomas que sugieren TEA como ítems de síntomas negativos, es decir, conductas ausentes que deberían estar adquiridas en el desarrollo típico. La versión revisada incorpora una fase de seguimiento (follow-up) que permite al profesional profundizar en los ítems fallidos mediante preguntas adicionales, con el propósito de reducir la tasa de falsos positivos. Su acceso libre y su formato autocumplimentable lo convierten en el instrumento idóneo para cribados poblacionales masivos (Equipo Autismo Murcia, 2020, p. 1).

La Childhood Autism Rating Scale (CARS), aplicable a partir de los 24 meses de edad, constituye uno de los instrumentos de mayor trayectoria en la evaluación de la severidad del autismo; consta de 15 ítems que cubren áreas como las relaciones interpersonales, la imitación, la respuesta emocional, el uso del cuerpo, el uso de objetos, la adaptación al cambio, la respuesta visual y auditiva, la comunicación verbal y no verbal y el nivel de actividad general. Cada uno de estos ítems se valora en una escala de siete puntuaciones, lo cual permite no solo confirmar la presencia del trastorno, sino también establecer con precisión su nivel de severidad, diferenciando entre autismo leve-moderado y autismo severo (Equipo Autismo Murcia, 2020, p. 2).

Complementariamente, se ubica la Gilliam Autism Rating Scale (GARS-2), escala válida para personas entre 3 y 22 años y que se estructura en 56 ítems organizados en cuatro subescalas: conductas estereotipadas, comunicación, interacción social y alteraciones del desarrollo. Sus resultados permiten obtener un Cociente de Autismo que estima la probabilidad en la cual el individuo evaluado presenta el trastorno; es por ello que constituye un recurso útil tanto para el diagnóstico inicial como para el seguimiento longitudinal del caso (Equipo Autismo Murcia, 2020, p. 2).

Todas las escalas analizadas, en conjunto, constituyen una batería evaluativa complementaria que, adecuadamente combinada e interpretada por profesionales capacitados, favorece diagnósticos precisos, contextualizados y éticamente

responsables, lo cual previene y evita la reducción del proceso diagnóstico a una mera aplicación mecánica de criterios conductuales.

Expansión de criterios diagnósticos:

Esto es algo que ya ha sido mencionado con anterioridad de forma recurrente en esta investigación, debido a que este tema es uno de los factores más significativos en el aumento de los diagnósticos de TEA; y es la propia transformación interna de los sistemas clasificatorios que pretenden definir al autismo. Este término de la expansión de criterios diagnósticos refiere al proceso mediante el cual las sucesivas revisiones de los manuales psiquiátricos, en particular el DSM, han ido ampliando progresivamente los umbrales de inclusión del autismo, incorporando presentaciones clínicas cada vez más heterogéneas bajo una misma categoría. Lo que en un principio fue una categoría clínica de fronteras relativamente precisas, delimitada por Kanner en 1943 a partir de características muy específicas, se fue transformando en un espectro de contornos cada vez más difusos. Artigas-Pallarés y Paula-Pérez (2015) señalan que parte de las críticas más contundentes dirigidas al DSM-5 apuntan exactamente a este problema: los cambios en los criterios de ciertos trastornos y la incorporación de nuevas entidades diagnósticas revelan que el defecto básico del manual reside en la incoherencia de un modelo construido sobre definiciones de entidades categoriales con un alto grado de comorbilidad entre sí; lo que en la práctica significa que muchos diagnósticos no describen cuadros clínicos diferenciables entre sí.

Esta expansión de los criterios diagnósticos en los manuales operó de una manera concreta a lo largo de cada versión publicada y registrada del DSM. El ejemplo más claro de este hecho es el DSM-5, en el cual, con su publicación, el autismo se presentó con la absorción del Trastorno Desintegrativo de la Infancia, del Trastorno de Asperger y del Trastorno Invasivo del Desarrollo sin otra especificación, unificando a todos bajo el concepto de “espectro”; cuadros que, en ediciones anteriores, merecían categorizaciones diferenciadas y específicas para ellas, en esta edición ya no eran vistas como necesarias.

De acuerdo con De Freitas et al. (2023), se señala que estas modificaciones en los manuales no fueron simplemente técnicas, sino que las alteraciones de criterios entre el DSM-IV, el DSM-5 y el CIE-11 tuvieron implicaciones directas en las políticas educativas, modificando las condiciones en las que se elegían los apoyos para las

instituciones, promoviendo la escolaridad de estudiantes con TEA, un hecho que generó el incremento sostenido de la demanda de servicios especializados, un factor que cambió de forma decisiva el futuro y la dirección de las implicaciones diagnósticas en el ámbito educativo. Delagnolo (2025) en su escrito documenta las consecuencias de este movimiento y la presencia de cifras llamativas: en Brasil, el número de estudiantes con el diagnóstico de TEA que fueron matriculados en la educación especial pasó de 20.511 en 2012 a 405.056 en 2022, un período que resalta debido a que coincide directamente con la adopción generalizada que hubo en ese tiempo del DSM-5. Este dato no solo expresa un mayor número de niños con el diagnóstico de autismo, sino el efecto que se presentó de una categoría que, al ser emitida, captura a todo un universo de sujetos que antes no ingresaban a ella y ahora sí.

Todo este desarrollo demuestra la existencia de un *"Diagnóstico temprano y un tamizaje apresurado"*. Observación que resalta un planteamiento con tres ejes del problema que converge en una sola problemática de fondo: la tensión entre la necesidad de estandarización diagnóstica (imprescindible para la investigación), la comunicación clínica y el acceso a derechos, y la heterogeneidad inherente al desarrollo infantil, que exige una lectura contextualizada, flexible y siempre provisional de las conductas observadas.

Como se ha venido desarrollando, el modelo biomédico en el que se inscriben los manuales actuales tiende a ver la discapacidad como un problema del individuo, sin considerar suficientemente los factores ambientales, culturales y relacionales que configuran las manifestaciones conductuales.

La ausencia de biomarcadores biológicos universales para el TEA hace la observación conductual el único acceso disponible al diagnóstico, pero esto no justifica la aplicación de la misma de manera mecánica y sin criterio diferencial. Rivière (1997, p. 7) insistía en que las clasificaciones diagnósticas "facilitan que los profesionales hablen un mismo lenguaje", pero que "siempre tienen que basarse en una observación rigurosa de las conductas del niño y en una interpretación fina de su significación". Esta doble condición, rigor y fineza interpretativa, es lo que diferencia un diagnóstico genuino de un mero ejercicio de categorización.

Finalmente, Llanos (2024) propone una perspectiva ética que resulta insoslayable: el diagnóstico no es un acto técnico neutral, sino una construcción que implica responsabilidad clínica, respeto por la singularidad del sujeto y conciencia de los efectos que una etiqueta puede producir en la subjetividad en formación de un niño y

en su entorno familiar y escolar. El riesgo del sobrediagnóstico de TEA no radica únicamente en la imprecisión técnica, sino en la práctica de rotular donde debería construirse un diagnóstico.

Patologización de diferencias en el desarrollo infantil:

Esto es algo estrechamente vinculado a todo lo ya mencionado; la patologización de las diferencias en el desarrollo infantil constituye uno de los fenómenos más preocupantes de la clínica contemporánea con niños. Se trata de la tendencia, sostenida y creciente, a interpretar las variaciones en el ritmo, el estilo o las formas del desarrollo como indicadores de un trastorno que debe ser identificado y tratado. Concretamente, el desarrollo infantil no es algo que pase como un proceso uniforme que siga una serie de pasos en específico de manera constante. Lo que pasa con los niños en su desarrollo infantil se presenta de diferentes formas en cada uno de ellos. Las edades en las que adquieren el lenguaje, la regulación emocional, las formas en las que se vinculan con sus pares y los adultos, los modos en los que aprenden y responden a su entorno, son particulares de cada uno de ellos. Y estas variaciones forman parte normal del desarrollo de la vida de cada persona. Sin embargo, en el contexto actual de la hegemonía del paradigma biomédico, muchas de estas diferencias son leídas como señales de alarma que activan protocolos de evaluación y, frecuentemente, derivan a un diagnóstico. La frontera entre la diferencia y la patología se borra, y con ella se pierde la posibilidad de comprender al niño en su singularidad antes de encuadrarlo en una categoría.

El mecanismo central de esta operación es lo que Untoiglich (2007) denomina la construcción de diagnósticos por sumatoria de observables. Este procedimiento consiste en identificar conductas que se apartan de lo estadísticamente esperado para una edad y un contexto en específico, señalándolas y marcándolas como algo a comparar con los criterios del manual clasificatorio para así poder asignarles a estas conductas una categoría diagnóstica en función de cuántos son los criterios que cumple una persona. Pero de aquello, lo que llama la atención realmente es todo lo que se pierde y se les escapa de las manos de los especialistas en este proceso. Debido a que esto deja de lado todo aquello que no logra ser directamente observable y medible, la subjetividad del infante es algo que simplemente no es tomado en cuenta, no se cuestiona: ¿qué es lo que pasa con la historia libidinal del niño?, ¿qué posición ocupa

él en relación con el deseo de sus padres?, ¿cuál es la función que cumple su síntoma en la economía psíquica familiar?, ¿qué es lo que pasa en el contexto educativo y social en el que se desenvuelve? Todo esto queda simplemente sin ser tomado en cuenta, gracias a una etiqueta diagnóstica que solo captura la superficialidad del fenómeno y se limita a señalar las conductas que se desvían de la norma, pero dejan de lado precisamente aquello que realmente importa, lo que haría posible comprender por qué es que ese niño se comporta de esa forma tan particular, en ese momento de su historia y por qué se comporta de ese modo. La pregunta clínica: "¿Quién es este niño?", "¿Qué dice su síntoma?", es reemplazada por el inventario de sus desviaciones respecto de un parámetro estadístico.

La finalidad que el sistema asigna a esta operación es, en apariencia, protectora: identificar a tiempo las dificultades del niño para intervenir de forma rápida y evitar que se consoliden. Sin embargo, Bianchi (2016) advierte que las reformulaciones del DSM-5 pueden leerse como parte de un proceso más amplio de biomedicalización que recae con especial énfasis sobre las infancias, generando un entorno en que el diagnóstico no solo describe una condición, sino que la produce como identidad —una identidad que el niño, la familia y la institución aprenden a habitar.

El sistema ha convertido a el diagnóstico en una condición de elegibilidad para el cuidado del infante, lo que significa que, para este niño, que posee un ritmo de desarrollo más lento, una forma particular de aprender y una complicación en la forma en que se relaciona con sus pares, ya existe y hay un diagnóstico que señale esto como una anormalidad, hecho que, más que una ayuda, se vuelve un limitante, debido a que este diagnóstico se vuelve una etiqueta de lo que es el niño sin comprender verdaderamente su singularidad. El diagnóstico se vuelve el punto del requisito previo que necesita una institución para activar los recursos que el niño requiere y, en todo caso, sin un diagnóstico, el niño simplemente no es aceptado en la institución, es dejado de lado. Este proceso deja de ser la conclusión a la que se llega en un proceso clínico riguroso y se convierte en una forma de señalar e indicar al niño como un problema.

Las consecuencias subjetivas de este proceso no pueden subestimarse. Como advierten Almeida y Neves (2020), al promover una "patologización precoz" se corre el riesgo de mirar al niño únicamente desde la perspectiva del padecimiento, de modo que "el diagnóstico asume el valor predictivo del destino de un sujeto que amalgama el cuadro nosográfico a la dimensión óntica del ser" (p. 6). En términos psicoanalíticos,

esta operación supone un riesgo clínico significativo para el individuo, ya que fija al sujeto en una posición de déficit antes de que este siquiera haya podido desplegar su singularidad y cierra de manera prematura el campo de lo posible para él. Un niño que ha sido nombrado desde su diagnóstico desde siempre —por su familia, por su escuela y por sus terapeutas— corre el riesgo de organizar su relación con el mundo desde esa identidad de falta que tanto se le ha mencionado, sin que nadie alguna vez le haya preguntado qué desea, qué es lo que dice su síntoma y qué posición ocupa él en el deseo del Otro. La pregunta eje de todo resulta incompatible con un diagnóstico que pretende haber agotado al sujeto en la descripción de sus conductas: precisamente allí radica su valor crítico y clínico en el contexto que se maneja actualmente.

Medicalización de la infancia. Intereses de la industria farmacéutica

La expansión de los criterios diagnósticos no puede comprenderse de forma precisa si es que no se la inscribe en el proceso más amplio de lo que es esta expansión y es la medicalización de la infancia. La medicalización en sentido se refiere al proceso por el cual las experiencias, los comportamientos y aquellas diferencias que anteriormente eran comprendidas y recibidas en términos sociales, pedagógicos o morales, como algo peculiar del infante que podría ser un indicador o llamado de atención de que este requiere un mayor cuidado, pasan a ser redefinidas como algo que tiene que ver únicamente con problemas médicos y requiere de una intervención especializada (preferentemente fármacos). Lo problemático de este hecho es que, en el caso de la infancia, este proceso adopta una dimensión particular, porque opera directamente en sujetos que aún están en formación y cuyas subjetividades son especialmente sensibles a la forma en que el Otro los nombra y los trata.

Mesa Osorio et al. (2021), desde un enfoque histórico-crítico fundamentado en los estudios foucaultianos, demuestran que la medicalización de la infancia no es un fenómeno espontáneo, sino que es una estrategia del gobierno que hasta el momento de la redacción de su escrito se había presentado en tres momentos históricos distintos, en donde en cada uno de ellos se han producido formas específicas de subjetividad. La conclusión a la que llega en el análisis de su trabajo es que el neoliberalismo ha empleado esta estrategia elaborada por las ciencias, para así poder ampliar la mercantilización de la vida y la configuración de subjetividades autogestionadas y orientadas por la idea del rendimiento y el consumo. Este señalamiento es central: la

medicalización de la infancia no se explica únicamente como un error científico o como un exceso técnico, sino como una operación que responde a lógicas de poder que producen un tipo particular de sujeto; uno que se comprende a sí mismo en términos de déficit y que busca en la biomedicina la solución a su malestar.

El mecanismo concreto a través del cual opera esta lógica en el campo de la salud mental infantil es la psiquiatrización del discurso. Kamers (2013) señala que el saber médico-psiquiátrico fue respondiendo a las demandas sociales mediante una respuesta que en la actualidad se ha reducido a dos operaciones: el diagnóstico de la desviación comportamental y el intento de su normatización a través de la medicación. Así, el niño que no aprende al ritmo esperado, que no se comporta según las normas del aula, que no responde a las demandas relacionales de su entorno, deja de ser comprendido en su singularidad para ser clasificado en una categoría que describe su déficit y orienta hacia un fármaco como respuesta. El discurso médico-psiquiátrico, a través de sus dispositivos disciplinares, es convocado a responder sobre el malestar que la infancia introduce en el proyecto social, y lo hace asignando una etiqueta y prescribiendo una sustancia.

En este proceso, la industria farmacéutica ha desempeñado un papel que no puede reducirse al de simple proveedor de soluciones terapéuticas. Bianchi y Faraone (2015) documentan que desde la publicación del DSM-III se extendió el financiamiento de ensayos clínicos por parte de la industria farmacéutica, consolidándose en el DSM-IV el vínculo entre la inclusión de nuevos diagnósticos y la producción de nuevos medicamentos. La industria no solo responde a la demanda terapéutica existente, sino que también contribuye activamente a crearla, a ampliarla, a mantenerla y a optimizarla. Y para ello, esta despliega estrategias de marketing simultáneamente que se dirigen a la comunidad médica, a las familias, a los docentes, a los gabinetes psicopedagógicos y a las asociaciones de padres —organizando incluso reuniones con familias a través de las escuelas, denominadas “mesas de ayuda” (como parte del Ministerio de Salud Pública), que funcionan como espacios de sensibilización hacia el diagnóstico y la medicación.

El objetivo final de esta consolidación es la formación de un mercado psicofarmacológico infantil en el que el diagnóstico y el tratamiento se ubiquen como una respuesta completamente normal ante cualquier dificultad del desarrollo. Ante ello, Mazon (2020) formula un señalamiento tajante para este hecho y es que la psiquiatría, a partir del DSM-5, se reinventa desde el discurso de la prevención

medicalizada de la infancia, y mientras el hospital psiquiátrico cede protagonismo a la industria farmacéutica como institución dominante en la organización de la salud mental, se plantea entonces: ¿Qué es lo que queda realmente de salud mental en un lugar que solo se limita a medicar todo lo que le es posible y vender esto como un tratamiento único e indispensable para aquello que se sale de la norma?

Y ahora esto se vuelve una pregunta a responder: ¿Para qué sirve, en última instancia, esta articulación entre medicalización e industria farmacéutica? Como sostiene Nieves (2013), el DSM funciona como un mecanismo de psicopatologización y regulación social: al definir qué comportamientos son normales y cuáles son patológicos, establece también qué niños deben ser intervenidos y de qué manera. Su diseminación acelerada genera prácticas excluyentes y psicopatologizantes, siendo uno de sus resultados más preocupantes la medicalización de niños a edades cada vez más tempranas. El riesgo no es únicamente la sobremedicalización entendida como abuso farmacológico, sino la colonización del espacio de la infancia por una lógica de normalización que convierte las diferencias en diagnósticos y los diagnósticos en destinos. Desde el psicoanálisis, esta operación es clínicamente problemática en su raíz: tratar al niño como objeto de una corrección técnica equivale a silenciar la pregunta por el sujeto, por su deseo, por la función que su síntoma cumple en su economía psíquica; pregunta que, desde esta perspectiva, no puede ni debe ser clausurada por ninguna etiqueta.

Influencia institucional, educativa y familiar en la demanda diagnóstica:

El incremento de los diagnósticos de TEA no puede comprenderse como un fenómeno producido exclusiva y únicamente en el interior del campo clínico o como un derivado de los cambios clasificatorios. En ese mismo sentido, la demanda diagnóstica emerge desde el entramado institucional que rodea al niño de forma muy significativa, y refiere al proceso por el cual la familia, la escuela y los servicios de salud no solo solicitan una evaluación clínica frente a una dificultad del niño, sino que orientan de forma activa esa solicitud hacia la obtención de una categoría diagnóstica específica, que llega a ser movida por lógicas que trascienden el interés clínico en sentido estricto, como el acceso a recursos educativos, la organización de la vida cotidiana, la búsqueda de una explicación que alivie la angustia familiar ante lo

incomprensible o la necesidad institucional de clasificar aquello que no encaja en los parámetros del funcionamiento esperado.

Desde la mirada familiar es posible vislumbrar que el diagnóstico de TEA produce una reorganización profunda en todo, tal como lo trabajan Bianchi y Rodríguez (2019), cuando señalan que, a partir de un estudio etnográfico con familias de niños diagnosticados en Buenos Aires, documentaron que el diagnóstico reconfigura radicalmente la percepción y la organización del tiempo familiar: las madres estructuraban su jornada y casi toda su vida en torno al acompañamiento de sus hijos a las múltiples sesiones terapéuticas, a los controles clínicos, a las gestiones administrativas de tratamientos, a las renovaciones de autorizaciones y a los traslados requeridos para su atención. Y en las familias estudiadas, ninguna de las madres mantenía un empleo formal en sí misma, situaciones que eran explicadas y argumentadas por ellas, en que señalaban que era debido a la dedicación de tiempo por completo que le asignaban al cuidado del niño que poseía el diagnóstico de TEA debido a la alta demanda que requerían sus cuidados.

Esta organización no era solo logística, sino que también implicaba una reconfiguración identitaria en la vida de las personas. La vida cotidiana queda completamente eclipsada a los tratamientos, y la institución terapéutica pasa a convertirse en el centro organizador de los horarios, la crianza y las expectativas de un futuro, un centro que organiza y decide las vidas de las personas. Lo que Bianchi y Rodríguez Jurado (2019) denominan “biosocialidades” en torno al diagnóstico revela que el diagnóstico no es simplemente una categoría clínica: es un acontecimiento identitario que produce identidades, reorganiza vínculos y define el modo en que la familia entiende a su hijo y se comprende a sí misma. Esta dinámica familiar se forma a partir de la articulación que existe de la institución escolar con el ambiente del infante. La escuela es, con frecuencia, el primer espacio donde las diferencias del niño son notadas y problematizadas, no porque la unidad educativa sea un centro especializado en diagnósticos, sino porque, debido a los parámetros que forma su formación de uniformidad y rendimiento, no soporta y se le dificulta acoger aquello que se sale de la norma.

Felice (2018) señala que muchos de los niños sin patología se ven impulsados a buscar un diagnóstico para ellos, porque el sistema ha convertido a la etiqueta diagnóstica en un recurso, que permite ganar una condición de acceso único para ellos que les da acceso a los recursos institucionales que no poseen. Esta lógica produce una

paradoja y es que el diagnóstico, que debería ser el resultado de un proceso de comprensión clínica rigurosa, se convierte en su condición de posibilidad. La industria, en este sentido, no solo provee fármacos: provee también un vocabulario, un marco interpretativo y una orientación práctica que consolidan el diagnóstico como la respuesta legítima al malestar del niño.

La solvencia-económica del TEA, los recursos del diagnóstico en el aparato político, social y económico.

La pregunta que sigue por responder ahora, después de todo lo analizado hasta este apartado, es por qué se produce todo este fenómeno: ¿cuál es la función que cumple el diagnóstico más allá del campo clínico? Los criterios diagnósticos, como señalan De Maman y De Maman (2026), no son instrumentos neutros que se centran únicamente en describir y señalar lo que pasa con un individuo, sino que son dispositivos que organizan la práctica clínica y tienen la capacidad de distribuir los recursos y definir quién tiene derecho a recibir la atención y quién no. En este sentido, la expansión del espectro tiene un efecto en concreto mucho mejor definido y es la habilitación, debido a que, gracias a la ampliación del diagnóstico, se amplía también el universo de personas que pueden acceder o no a tratamientos, a apoyos educativos, a las coberturas de salud y a las prestaciones sociales. Esta función no es despreciable; sin embargo, su consecuencia no deseada es la pérdida de especificidad clínica, produciendo que cuadros muy distintos entre sí queden agrupados bajo una misma etiqueta, y que la pregunta por la singularidad del sujeto quede desplazada por la urgencia de acceder a los recursos que esa etiqueta habilita.

Esa lógica se hace especialmente visible cuando el diagnóstico deja de ser el punto de llegada de una comprensión clínica y pasa a ser el requisito de entrada a un sistema de beneficios. Es en ese desplazamiento que el niño deja de ser un sujeto cuya historia importa y pasa a ser, en términos más crudos, un portador de una categoría que tiene valor instrumental para su entorno. Desde una perspectiva psicoanalítica, esta operación sitúa al niño en una posición de objeto —no de sujeto—, utilizado por las instituciones y, en algunos casos, por la propia familia, para acceder a recursos que provee el Estado, vinculados a la acreditación formal de una discapacidad. Dicho de otro modo, el niño queda reducido simplemente a una condición de herramienta con valor económico dentro de una gestión burocrática, en la que lo que se busca no es

comprender el sufrimiento del infante, sino obtener el reconocimiento institucional de que mi hijo fue avalado y reconocido con cierto diagnóstico y, en función de esto, se puede corresponder a una demanda institucional que exige un diagnóstico de una valoración terapéutica para obtener, así, una compensación económica y de servicios.

En el plano institucional, esta dinámica tiene un gran precedente en el caso ecuatoriano. El diagnóstico formal del TEA, articulado al campo clínico y con un reconocimiento jurídico de que es una discapacidad psicosocial, provee en este caso el acceso a políticas públicas de salud, de educación y de protección social, de modo que su función trasciende lo estrictamente médico para inscribirse en un entramado socioeconómico y político más amplio. La Guía de Práctica Clínica del MSP (2017) establece que un abordaje integral debe incorporar explícitamente una fase de "acreditación social y discapacidad", en el que el diagnóstico clínico se convierte en un reconocimiento oficial de la condición del individuo y, por consiguiente, este otorga un acceso a los servicios especializados.

El Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) es el encargado de liderar la formulación y la evaluación de políticas públicas del Ecuador que reconozcan y cuiden de la discapacidad. Este explica que la valoración y la acreditación de un cierto grado de discapacidad se realizan de forma directa en la cédula de un ciudadano; aquello que actualmente es denominado como —carné de discapacidad— es el requerimiento mínimo para que la condición se habilite y pueda proporcionar acceso a beneficios como la priorización en programas sociales, las exoneraciones, las rebajas de las tarifas y cuotas en la educación y el empleo. De este modo, el diagnóstico de TEA, una vez traducido en un porcentaje de discapacidad, se convierte en un criterio de elección para la asignación de un conjunto de derechos y prestaciones dirigidas específicamente a compensar la desigualdad (CONADIS, 2024). Esta función en un inicio respondía a la necesidad real de garantizar condiciones de equidad para las familias que enfrentan gastos extraordinarios de cuidado, terapia y apoyo educativo, pero, como ya se ha mencionado con anterioridad, el problema emerge cuando el circuito institucional convierte el diagnóstico en la única vía posible de acceso a esos recursos, generando una presión que puede operar de manera independiente a la condición real del niño.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) del Ecuador desarrolla e implementa diversos programas enfocados en la atención y el cuidado de las personas con discapacidad, aquellos en los que solo el carné de discapacidad se plantea como

un requisito mínimo para poder ingresar en estos programas. Desde estos servicios se proporcionan bonos y pensiones mensuales a aquellas personas que poseen un cierto grado de discapacidad y se encuentran en situación de pobreza o pobreza extrema, un hecho que en primera plana llama mucho la atención, debido a lo cuidadoso que se es con este diagnóstico. En papel, esto es verdad; se vuelve plenamente llamativo y novedoso que se proporcione un buen cuidado a estas personas, pero lo que muchas veces pasa con este diagnóstico es que, en hogares con niños o adolescentes con TEA, el diagnóstico y la acreditación de discapacidad pueden traducirse en un flujo estable de ingresos, en acceso a créditos asociados al bono y en apoyos complementarios en especie, incidiendo directamente en la economía doméstica. Esta realidad configura un escenario en el que, para algunas familias en situación de vulnerabilidad económica, la búsqueda del diagnóstico puede estar orientada no solo —ni principalmente— por el deseo de comprender al niño, sino por la necesidad de acceder a un recurso económico que el Estado ha condicionado a la acreditación de una discapacidad.

El CONADIS y el Ministerio de Educación (2025) impulsan estos mismos lineamientos en lo que se denomina una educación inclusiva a la identificación de estudiantes con necesidades educativas especiales, donde se asocia directamente a la disparidad, como un factor que requiere apoyo plena y únicamente en el reconocimiento formal de su condición, porque esta calificación es lo único que le habilita un acceso a los apoyos que requiere realmente para su desarrollo. Ciertas investigaciones sobre la presencia social del autismo en la población infantil ecuatoriana señalan que realmente el acceso a estos servicios que se proponían como una solución de apoyo frente a esta condición está mediado por condiciones de pobreza, precariedad y desigualdad territorial. Muchas familias de niños con TEA continúan enfrentando barreras económicas y administrativas para completar el proceso diagnóstico y obtener el carné, para así sostener la continuidad de terapias y apoyo. Esto refuerza la idea de que el TEA funciona como una categoría que organiza el acceso diferencial a recursos en un contexto de profundas desigualdades sociales: quienes tienen mayores recursos pueden acceder al diagnóstico y a sus beneficios; quienes no los tienen, permanecen en la invisibilidad.

En conjunto, el diagnóstico formal de TEA en Ecuador configura un circuito en el que la condición del niño se traduce en reconocimiento legal, acceso a educación inclusiva o especializada, terapias, rehabilitación y transferencias monetarias; al mismo tiempo, exige que las familias gestionen de manera permanente documentos,

trámites y acreditaciones para no quedar excluidas de una red de protección cuya efectividad depende tanto del diseño institucional como de las condiciones socioeconómicas y territoriales concretas. Frente a este panorama, la pregunta que el psicoanálisis no puede dejar de sostener es la misma que se ha venido formulando a lo largo de este capítulo: ¿quién demanda el diagnóstico y en nombre de qué? Como plantea Nieves (2013), resulta imprescindible trabajar desde una mirada que respete la subjetividad del niño como producto de relaciones sociales y rechace la reducción de su singularidad a una categoría cuya principal función ha pasado a ser económica y burocrática antes que clínica. Que el diagnóstico organice el acceso a recursos es una realidad que no puede ignorarse; pero que esa función haya pasado a dominar sobre la escucha del sujeto es, desde la perspectiva psicoanalítica, un problema clínico y ético de primer orden. El niño no puede quedar reducido, de por vida, a su etiqueta diagnóstica —sobre todo cuando esa etiqueta cumple, ante todo, la función de habilitar un bono.

CAPÍTULO III

¿POR QUÈ EL TEA?

El título de este capítulo tomo por regencia una pregunta que con anterioridad ya fue desarrollada. En 1932, Albert Einstein dirigió una carta a Sigmund Freud formulando la pregunta que en ese entonces rondaba en la memoria europea: "¿Por qué la guerra?". Freud generó una respuesta, que no ofreció una solución técnica ni un protocolo de intervención. Sí que ofreció un análisis en un sentido doble: reconociendo la gravedad del fenómeno y negándose a comprenderlo solo en sus términos más evidentes, factor que se toma de inspiración para la escritura de este capítulo; no como provocación ni como negación de la existencia del autismo, sino como una invitación al mismo gesto que Freud sostuvo frente a la guerra: mirar más allá de las manifestaciones observables. A lo largo de los capítulos anteriores se han analizado las dimensiones epidemiológica, clasificatoria, institucional y económica de este fenómeno. En cambio, en este capítulo se propone un desplazamiento: del análisis de los factores externos que producen el diagnóstico a la pregunta por lo que el diagnóstico hace —o deja de hacer— con el sujeto que lo recibe.

Lectura estructural en la clínica infantil:

Es fundamental desarrollar un par de preguntas para este apartado y son: ¿qué ocurre con el niño cuando la categoría diagnóstica llega antes que la escucha? ¿Qué se pierde cuando el instrumento de clasificación reemplaza al encuentro transferencial? ¿Qué efectos produce sobre la subjetividad en formación de un niño el hecho de ser nombrado, desde muy temprano, desde la perspectiva de su déficit? Como señala Maleval (2011), "al tratar de reducir al sujeto a su cuerpo, la psiquiatría, hoy día, le confisca su competencia en lo referente al conocimiento de sus propios trastornos", mientras "ha habido especialistas que se han limitado al estudio del autismo infantil precoz partiendo de la hipótesis de que se trata de una patología gravísima" —sin abrir ninguna pregunta sobre el modo singular en que ese niño habita el lenguaje (p. 6).

Siendo en esta realidad clínica en la que se encuentra Ecuador lo que agudiza la urgencia de estas preguntas. Debido a que existen casos documentados en que el diagnóstico de TEA es emitido tan solo en una primera sesión debido a la demanda familiar de acceder a un bono económico por discapacidad, por la exigencia de una institución educativa que no admite recibir al niño sin un diagnóstico de por medio, o

por la sobrecarga de los servicios públicos que no disponen del tiempo necesario para una evaluación rigurosa. En todos estos casos, algo falla de manera sistemática; el diagnóstico deja de ser el resultado de una comprensión clínica para convertirse en el requisito de entrada a un sistema de recursos único. Y es que cuando el diagnóstico se convierte en requisito, el niño queda reducido a la condición de una herramienta para algo más —un objeto de una gestión burocrática antes que sujeto de una escucha.

Esta reducción es lo que en el psicoanálisis no puede ser aceptado. No porque niegue la existencia del autismo ni porque se proponga a ignorar las dificultades reales del niño, sino porque parte de un principio y es que el sujeto no es su diagnóstico. La crítica que se formuló de la teoría de las madres nevera partió de que se reducía el autismo a una falla del entorno materno, y es que el autismo no es eso, ni tampoco es una enfermedad como lo señala el sentido médico, sino que es simplemente un modo de habitar el lenguaje: una forma singular en que un sujeto se ha posicionado respecto del Otro, del cuerpo y del deseo. Desde esta perspectiva, la pregunta clínica no es "¿qué tiene este niño?", sino "¿desde dónde habita este niño el lenguaje, y qué se puede hacer para que eso cambie?". Esta es una diferencia abismal para la pregunta clínica, debido a que orienta de una manera radicalmente distinta todo el proceso de atención al infante, desde su evaluación hasta su tratamiento.

Se observa que uno de los problemas más urgentes que se plantea en el panorama diagnóstico actual es la creciente sustitución de la escucha clínica por la aplicación de protocolos estandarizados de evaluación. Y esta sustitución no es un fenómeno accidental: responde a la hegemonía de una lógica clasificatoria que, como se ha analizado en los capítulos anteriores, opera sobre el sufrimiento del niño como si este fuera reductible a la suma de unas conductas observables. Frente a esta tendencia, el psicoanálisis propone una orientación radicalmente distinta: la lectura estructural, que no pregunta cuántos ítems del manual se cumplen, sino desde qué posición respecto del lenguaje y al Otro se organiza la economía psíquica del sujeto. Esta distinción no es solo teórica: tiene consecuencias relevantes en la práctica sobre la dirección del tratamiento, sobre lo que se escucha y sobre lo que se deja abierto.

Es en este horizonte psicoanalítico donde la estructura no refiere a una clasificación de enfermedades, sino al modo en que el sujeto se ha constituido en relación al lenguaje, al deseo del Otro y a la castración simbólica. Lacan articuló esta distinción en términos de neurosis, psicosis y perversión —y, en el debate contemporáneo actual sobre el autismo, algunos autores apuntan a considerar al autismo como una posible

cuarta posición estructural, caracterizada por el rechazo de la lengua y del Otro como lugar de la palabra (Maleval, 2011, p. 6). Lo que interesa de esta distinción no es su valor como mecanismo diagnóstico, sino su potencia clínica: lo mismo que permite reconocer que puede que existan dos niños que presenten fenómenos superficialmente similares —mutismo, aislamiento, uso estereotipado del lenguaje— y esto no es un indicador de que ambos estén organizados desde una lógica similar que rija su criterio diagnóstico; estos dos casos perfectamente pueden estar organizados desde lógicas radicalmente distintas, y es que solamente confundirlos por el parecido de sus síntomas conduce inevitablemente a una mala orientación del trabajo clínico del profesional para el sujeto.

Este problema se vuelve especialmente agudo cuando el DSM o el CIE, ambos manuales diagnósticos, son utilizados de forma errónea por los profesionales, en que se implementa su uso solo como un checklist en que la suma de los ítems que se cumplen conduce directamente a un diagnóstico sin que medie ningún diagnóstico diferencial genuino. Y es esta captura del sujeto en una categoría de déficit lo que clausura la escucha analítica, y es que esta es la que busca mantener abierta la posibilidad de que ese niño, con su modo particular de estar en el mundo, tenga algo que decir —aunque no lo exprese necesariamente con palabras.

Esta perspectiva encuentra un especial eco en el trabajo de Lucero y Vorcaro (2017), quienes discuten la tendencia en algunos autores lacanianos a ubicar el autismo exclusivamente en el registro de lo real, señalando que esta lectura unilateral puede reproducir, dentro del psicoanálisis mismo, la lógica del déficit que se le critica al paradigma biomédico. Y es que su propuesta parte de sostener la articulación de los tres registros —real, simbólico e imaginario— para no reducir al sujeto autista a una posición de cierre absoluto, sino reconocer los modos singulares en que cada niño trabaja con los recursos disponibles para producir algo de lazo.

Dentro de la lectura estructural, no se responde a una clasificación más refinada: es una orientación clínica distinta, que privilegia al sujeto y se pregunta por el caso a caso, buscando responder a la pregunta: ¿Qué posición ocupa el niño respecto al Otro, al cuerpo y al lenguaje? Calatroni (2021), en una entrevista con el psicoanalista Iván Ruiz sobre el tratamiento del autismo, resalta que lo que distingue al abordaje desde la disciplina psicoanalítica es su fidelidad a la anterior pregunta; no direcciona la atención a conductas a modificar, sino a entender qué posición sostiene el infante y qué posibilidades pueden surgir para lograr que la subjetividad del sujeto se despliegue.

Esta orientación implica una práctica que no se apresure hacia la etiqueta, sino que tolere la incertidumbre diagnóstica el tiempo necesario para que el cuadro se revele en su singularidad y el infante no se vea afectado por este hecho.

En el contexto clínico ecuatoriano, esta tolerancia es particularmente exigente para los profesionales: las demandas institucionales, educativas y familiares presionan cada vez más de forma permanente hacia el diagnóstico rápido y la clasificación temprana de la infancia para resaltar con una etiqueta la anomalía que es un niño, y esto no busca promover la ayuda que realmente requiere o necesita el infante, sino que lo único que hace esto es generar un daño al infante, lo cual perjudica de forma grave el trabajo que podría desarrollarse con el niño. El solo levantar un señalamiento genera un daño grave de la escucha, algo perjudicial para el trabajo de la clínica que realmente debería ser implementada con el infante.

Esta es, quizás, la consecuencia más grave de la instrumentalización del diagnóstico: que el niño sea marcado como discapacitado —como alguien que no puede desenvolverse por sí mismo y que necesitará de un cuidador de por vida— antes de que se haya sostenido una escucha que abra algún otro horizonte posible para su devenir como sujeto.

Importancia de la subjetividad y singularidad del niño.

Si la lectura estructural constituye la orientación epistemológica del psicoanálisis frente al diagnóstico, la apuesta por la subjetividad y la singularidad del niño constituye realmente una orientación ética que los profesionales deberían tomar en la clínica. Donde ambas implicancias son inseparables, no se puede ver la subjetividad y la singularidad por separado: el niño es un sujeto —no un organismo deficitario ni un conjunto de conductas a corregir— y es que algo que tiene sentido hacer es darle paso a la pregunta por la lógica que organiza la economía psíquica del niño en lugar de hacer un inventario de sus desviaciones respecto de lo que es la norma. La obligación de los profesionales es orientar su práctica hacia esta pregunta de ¿cuál es la lógica singular de este niño que organiza su economía psíquica?, en lugar de limitarse solo a inventariar las desviaciones respecto de a una norma. Siendo esta una posición que no va por ser una preferencia teórica abstracta, sino que tiene sus consecuencias prácticas directas sobre la forma en que se conduce la evaluación, la forma en que se habla al niño y a sus padres, y la forma en que se concibe el objetivo del trabajo clínico.

La singularidad del niño, en el marco psicoanalítico, no refiere únicamente a sus características individuales observables, sino a su posición única e irrepetible en la trama del deseo del Otro: el modo en que ha sido nombrado, esperado, imaginado e inscrito en la historia familiar antes de nacer. Es un punto que debe ser tomado en cuenta y no ser dejado de lado en la clínica, debido a que este apartado de lo que es la historia del infante es fundamental; hay que considerar que un niño llega al mundo precedido de palabras, de fantasías, de expectativas y de historias que lo anteceden y que organizan todo su vínculo con el mundo, siendo él investido de tantas cosas que lo significan y lo organizan en un lugar, todo esto que se pone en juego desde un primer instante en que sus padres organizan un primer vínculo con él a través de una primera invención. Los autores Neves y Almeida (2020) documentan, a través de la construcción de un caso clínico familiar, cómo la escucha desde una orientación sostenida en una práctica psicoanalítica de la familia frente al diagnóstico de un niño termina revelando la presencia de fantasías, proyecciones y simbolismos que organizan el vínculo familiar independiente de la condición del niño. En este trabajo los autores no se cerraron a la pregunta exclusiva del infante, sino que abren una dimensión completamente nueva: ¿Qué lugar ocupa este niño en el deseo de los padres, y cómo ese lugar incide en las posibilidades de subjetivación? Esta pregunta no puede formularse desde ningún protocolo estandarizado, porque exige una escucha que se orienta hacia lo particular de cada historia, hacia aquello que es irreductible y singular de ese niño y ese vínculo que se mantiene con sus padres.

Y es que la evidencia más contundente de que la lógica biomédica prescinde de esta dimensión se encuentra, paradójicamente, en sus propias afirmaciones sobre los objetivos del tratamiento. El relato etnográfico de López y Sarti (2013) documenta cómo, en una institución conductual para niños autistas, la expositora de un entrenamiento afirmaba abiertamente que las intervenciones buscarían que los niños "vayan quedando más próximos de lo normal". Esta frase, que podría pasar desapercibida, revela con una claridad incómoda que hay un fundamento normativizador que subyace a la práctica clínica cuando el parámetro de la normalidad estadística reemplaza la pregunta por el sujeto: el niño no es tratado como alguien con una historia singular y un modo propio de estar en el mundo, sino como un espécimen que debe ser aproximado a un estándar externo que ya fue definida sin él. Como observan Almeida y Neves (2020), esta lógica es algo directamente opuesto a la que orienta las intervenciones psicoanalíticas, en las cuales es impracticable participar de

una “lógica de normalización del sujeto”. La diferencia no es solo técnica: es una diferencia en la concepción del ser humano que subyace a la práctica.

Siendo aquí donde resulta importante señalar también que la apuesta por la singularidad no equivale a una negación de la existencia de patrones clínicos ni a una idealización de la diferencia. Lo que se propone desde el psicoanálisis no es tratar cada caso como absolutamente incomparable —debido a que esto haría imposible cualquier orientación clínica—, sino a sostener que los patrones clínicos son herramientas de orientación y no de captura. Desde el psicoanálisis, esta reflexión conduce a una posición que no niega la realidad clínica del autismo, pero que se niega a reducirla a su biología: el sujeto autista no es su diagnóstico, y la singularidad de su posición respecto del lenguaje, del cuerpo y del lazo social no puede ser capturada por ninguna categoría, por más refinada que sea.

Siendo esta tensión entre la necesidad de una orientación clínica y el riesgo de una captura diagnóstica lo que hace especialmente aguda la clínica con niños, porque el niño está en un momento de constitución subjetiva tan abierta y susceptible, que lo hace vulnerable. Un adulto que recibe un diagnóstico tarde en su vida puede confrontarlo con una historia ya construida, puede relativizarlo, puede situarlo en relación a otras experiencias de sí mismo. Pero un niño pequeño no tiene ese recurso; su historia todavía se está escribiendo, y el nombre con el que se lo llame desde afuera participa en esa escritura de una manera determinante. Y es desde ahí la forma en la que el clínico introduce el diagnóstico —y la posición desde la que lo hace—; este no es un asunto de forma, sino de fondo. El informar a los padres es un proceso delicado, ya que se debe manejar desde una posición ética para poder emprender el tratamiento lo mejor posible; decirles a unos padres “su hijo tiene autismo y necesitará apoyo toda la vida” no es lo mismo que decir “su hijo muestra algunas dificultades en los lazos sociales y con el lenguaje, vamos a trabajar juntos para poder entender lo que ocurre y poder ayudarlo”. Este segundo enunciado no busca encubrir las falencias del niño, pero sí busca sostener de mejor manera la angustia y la emergencia de los padres, orientándolos hacia el horizonte de lo posible en lugar de angustiarlos con “un hijo que será una carga”.

De ahí que la apuesta por la subjetividad y la singularidad no implique ignorar el diagnóstico, sino resistir constantemente su tendencia a convertirse en destino. Y es que, para finalizar este señalamiento, es fundamental retomar las enseñanzas de Lacan; él no considera a nadie normal, para él nadie era normal, todos somos seres que

estamos afectados por el lenguaje; por así decirlo, los neuróticos se encuentran atravesados por el lenguaje de una forma, los psicóticos de otra, y los autistas de una forma singular que merece ser comprendida también en sus propios términos —no corregida en función de un parámetro externo—. Cada uno tiene una forma única en la que se relaciona y se desenvuelve con el mundo y, en una mirada general, cada uno fue afectado por el lenguaje, solo que de una forma en particular; entonces no se puede hablar y nombrar a una normalidad. Esta es la apuesta ética que el psicoanálisis sostiene frente al fenómeno del sobrediagnóstico: no la negación del sufrimiento, sino la insistencia en que ese sufrimiento le pertenece a un sujeto que tiene algo que decir sobre él, incluso —y especialmente— cuando todavía no puede decirlo con palabras.

Función del lenguaje, el vínculo y la constitución subjetiva.

La constitución subjetiva del sujeto no se comprende como un proceso puramente interno ni madurativo, sino como el efecto de la inscripción del niño en un campo de lenguaje y deseo que lo antecede y lo excede. Antes incluso de su nacimiento, el niño es ya objeto de palabras, fantasías y expectativas parentales: se lo nombra, se lo imagina, se le atribuyen características, se lo inscribe en historias familiares que lo preceden. Esta anticipación simbólica, que Lacan inaugura al situar el inconsciente como efecto de la palabra del Otro, esta idea se reformula en ideas contemporáneas que subrayan cómo el niño "es hablado" antes de poder hablar, de tal manera que su subjetividad se constituye en la trama de significantes del Otro (Loya, 2018, p. 3). En ese sentido, la infancia no designa solo un período cronológico, sino la dimensión de lo infantil como aquello donde se articulan las nociones de represión, se ponen en juego las pulsiones, que insisten a lo largo de la vida y que se anudan a los modos en que el sujeto ha sido significado por los otros significativos.

La función del lenguaje en este proceso es angular en la propia constitución subjetiva: el sujeto del inconsciente es un efecto del significante, es decir, se constituye como representado por un significante para otro significante, de manera que no existe como unidad plena, sino como dividido por el lenguaje (Zadra, 2009, pp. 3–5).

El campo del lenguaje, en su articulación con el inconsciente, no puede ser reducido a la simple comunicación, porque lo que se pone en juego en la palabra es la inscripción de la falta y del deseo. De este modo, la entrada del niño en el lenguaje implica tanto una ganancia, la posibilidad de ser nombrado, reconocido y diferenciado, como una

pérdida, la renuncia a la satisfacción autoerótica plena y la aceptación de la castración simbólica, lo que se conceptualiza como el momento en que se constituye el conflicto intrapsíquico alrededor de la represión originaria. Desde esta perspectiva, el lenguaje no simplemente describe una realidad previa, sino que estructura la realidad psíquica misma, organizando el campo de las representaciones y del goce.

El vínculo temprano se configura entonces como el escenario privilegiado donde la función del lenguaje se conjuga con el deseo del Otro y con las condiciones concretas del cuidado. El niño se constituye como un "nudo de historias", producto del entrecruzamiento de su propio recorrido pulsional con los relatos, fantasmas y expectativas de quienes lo rodean, de modo que su síntoma y su modo de estar en el cuerpo y en el lazo son inseparables de la red vincular en la que se inscribe (Loya, 2018, p. 8). Esta concepción explica por qué, en la clínica infantil, el trabajo con los padres no es un mero complemento, sino parte constitutiva del abordaje analítico, en tanto el síntoma del niño suele condensar algo de la verdad del lazo parental.

En esa lógica, la constitución subjetiva supone la progresiva diferenciación entre el cuerpo del niño y el cuerpo del Otro, entre lo propio y lo ajeno, lo interno y lo externo, diferenciación que se apoya en la función de la palabra y del deseo parental. Cuando el otro primario puede investir al niño como un sujeto de deseo, y no solo como objeto de satisfacción, el cuerpo se va construyendo de manera simbólica, lo que facilita el ingreso del lenguaje y del lazo social. De manera inversa, una relación intrusiva, ausente o marcada por el etiquetamiento diagnóstico puede obstaculizar la inscripción de la falta y el deseo, atrofiando las operaciones correspondientes a los propios tiempos del niño, lo que deriva en una inversión de la libido que puede llegar a favorecer defensas radicales contra el mundo y que pueden llegar a ser confundidas con las maneras particulares de estructuras como la psicosis.

En el caso específico del autismo, distintos trabajos psicoanalíticos han subrayado que la falla no se limita al nivel de la comunicación observable, sino que compromete la relación del niño con el campo del lenguaje y con el Otro como lugar de la palabra. Balbuena (2009, p. 186) plantea que en muchos niños con autismo se observa un repliegue sobre un funcionamiento autoerótico y una modalidad de vínculo con los objetos en la que predominan usos sensoriales, repetitivos y estereotipados, que funcionan como "muro" frente a la intrusión del Otro. Esta introversión implica una débil o nula demanda hacia un Otro por parte del niño; no se deja representar por los significantes, puesto que no los considera dentro de su borde simbólico. Y dentro de

esta introversión y pobre simbolización se encuentran dificultades para instalar la transferencia y en una organización simbólica del cuerpo, ya que este tiende a ser tratado como una cosa o extensión de objetos selectivos y repetitivos, más que como un cuerpo libidinizado por el lenguaje. Es en este contexto que el vínculo temprano y las modalidades de discurso parental adquieren un gran valor para comprender cómo se ha estructurado la economía libidinal de este sujeto, permitiendo centrarse en la lógica defensiva del sujeto y sus modos singulares de relación —o de rechazo— del Otro.

De ahí que, para autores de orientación lacaniana que trabajan con autismo y psicosis infantiles, la evaluación clínica de la función del lenguaje y del vínculo debe privilegiar el análisis de la escena transferencial: si el niño puede, aunque sea de manera mínima, dirigirse a un Otro, incluirlo en su juego o en sus circuitos repetitivos, admitir su presencia como interlocutor, o si el Otro queda completamente excluido, reducido a un mero soporte físico o a un obstáculo (Torres Miranda, 2017, pp. 60–68). La dirección del tratamiento, en consecuencia, se orienta a producir condiciones para que surjan fisuras en ese "muro" autístico –por ejemplo, acompañando inicialmente las repeticiones sensoriales o los intereses restringidos del niño–, de tal modo que el analista pueda introducirse poco a poco como terceridad simbólica y ofrecer un lugar en el lenguaje que no sea vivido como invasión.

Diferencia entre síntoma y estructura.

El desarrollo y el enfoque de cada clínica varían entre las diferentes corrientes de estudio y los objetivos de esta. Como se ha venido describiendo con anterioridad, resulta innegable que parte del proceso terapéutico reside en el cómo se trabaja con el síntoma. El discurso médico, en conjunto con las ramas que trabajan desde un enfoque que centra su atención en lo fenomenológico, busca poder controlar, disminuir o erradicar dicho síntoma que genera malestar de manera activa. Pero esta práctica puede dejar por fuera la dimensión del sujeto. Se pone al síntoma en una posición privilegiada donde resulta definitorio, puesto que se encasilla y nombra al sujeto en relación con sus manifestaciones fenomenológicas medibles, es decir, se es en cuanto se padezca.

En la clínica psicoanalítica, el concepto de síntoma y el de estructura remiten a niveles diferentes de análisis clínico. El síntoma se entiende como una formación de compromiso, una solución singular a conflictos inconscientes, que puede presentarse

en la conducta, el cuerpo, el lenguaje o el juego, y que porta un mensaje cifrado dirigido a un otro (Freud, 1914, pp. 147–151). La estructura, en cambio, remite a una lógica que organiza al sujeto frente al lenguaje, la falta, el deseo y el goce; el estructuralismo lacaniano se articula en términos de neurosis, psicosis, perversión y, para algunos autores, se habla sobre una cuarta estructura, la cual abarca al autismo. Esta separación permite que la sintomatología que un paciente pueda mostrar no sea fundamental para el diagnóstico, sino que abre la dimensión del caso por caso.

El síntoma desempeña un papel diferente dependiendo de la estructura en la que se pone en juego; dentro de la neurosis, el síntoma se caracteriza por ser un retorno de lo reprimido, es decir, un arreglo del inconsciente que retorna de manera deformada; al mismo tiempo, significa una ganancia porque inconscientemente satisface de manera parcial el deseo y protege al sujeto frente a la angustia generada por el mismo deseo. En la clínica infantil, esto se traduce en síntomas que, aun cuando aparecen en el cuerpo o en la conducta (fobias, rituales, inhibiciones, etc.), mantienen un lazo con la castración y con la pregunta por el deseo del Otro, de tal forma que el niño puede dirigirse a alguien con su malestar, establecer transferencia y producir relatos, juegos o asociaciones que dan cuenta de un trabajo de simbolización en curso (Campodónico, 2020, pp. 57–62). En estos casos, hablamos de una estructura neurótica, aun cuando las manifestaciones clínicas puedan ser muy llamativas o "peculiares", porque el lugar del síntoma en la economía psíquica y su relación con el Otro responden a la lógica de la represión y del retorno.

En la psicosis, en cambio, la problemática estructural se ha aproximado desde la noción de forclusión: un significante fundamental –relacionado con el Nombre del Padre– no ha sido simbolizado, de tal modo que no puede retornar como reprimido, sino que irrumpe desde lo real, dando lugar a fenómenos como alucinaciones, delirios o perturbaciones profundas del lenguaje y del vínculo con la realidad (Lacan, 2003, pp. 217–223). En la psicosis infantil, esto puede observarse en la desorganización del discurso, en la confusión entre fantasía y realidad, en la presencia de fenómenos elementales o en modos de vínculo donde el Otro aparece de forma invasiva, persecutoria o fusionada, pero siempre extremadamente presente. El síntoma en este contexto no responde a una lógica de la represión neurótica, sino a tapar los agujeros simbólicos, incluso mediante delirios o grandes identificaciones. El abordaje del autismo desde el psicoanálisis pone en juego la distinción entre síntoma y estructura; no se busca reducir el diagnóstico al conjunto de conductas manifestadas, porque estos

rasgos solo adquieren sentido a partir de la posición del sujeto respecto al lenguaje simbólico y al Otro

Además de esto, autores como Balbuena (2009) ya argumentan que fenómenos como la ecolalia, un uso idiosincrático del lenguaje y el mutismo no son signos específicos del autismo, ya que las particularidades envueltas dentro del objeto voz también pueden encontrarse en posibles psicosis infantiles, donde la importancia de los fenómenos manifestados no cae en que está presente, sino en su función y si esto está dirigido hacia otro (p. 187). Dentro de la psicosis infantil, la palabra se dirige a otro, a veces de manera desestructurada o de manera persecutoria y delirante; en cambio, en el autismo, el otro suele estar por fuera del borde simbólico del niño, y las particularidades en las vocalizaciones o repeticiones (ecolalia) pueden funcionar como fenómenos autoeróticos, sin una función apelativa.

Se destaca justamente el riesgo de confundir estructuras distintas a partir de criterios puramente conductuales, lo que conduce a diagnósticos erróneos y a una mala orientación de la dirección de la cura. El abordaje rodea tres aspectos: la forma en que el niño se sitúa en el lenguaje (presencia o ausencia de demanda, tipo de uso del significante, posibilidad de metáfora y de juego simbólico), el tipo de vínculo con el Otro (demanda, rechazo, indiferencia, vivencia persecutoria) y la constitución del cuerpo y del objeto (cuerpo erógeno, cuerpo fragmentado, cuerpo-cosa, uso de objetos como soporte de juego o como mero estímulo sensorial) (Torres Miranda, 2017, pp. 45–60). Es en esta perspectiva que el diagnóstico estructural no se limita al etiquetamiento de “autismo” o “psicosis”; busca captar el modo singular en que cada niño responde a las dificultades de la constitución subjetiva y del lazo social, y a partir de eso poder encontrar las respuestas que el propio sujeto pueda ofrecer.

De manera convergente, se coincide en que el diagnóstico diferencial entre las estructuras exige distinguir cuidadosamente entre la fenomenología sintomática y la estructura subyacente. Ya que un mismo rasgo observable puede corresponder a diferentes fuentes de malestar y defensas, no es lo mismo un problema social en la neurosis, el cual puede corresponder a una fobia neurótica con evitación extrema, a una psicosis con una retirada defensiva frente a la presencia de otro persecutorio, o a una posición autística marcada por la no instalación del Otro como lugar de la palabra. La estructura, en este sentido, se define por el modo “estable” de anudamiento entre lo simbólico, imaginario y real, más que por la suma de síntomas.

En la práctica clínica, esta distinción entre síntoma y estructura orienta directamente la dirección de la cura. En niños con estructura neurótica, el trabajo analítico se centra en interpretar el síntoma como formación de compromiso, abrir la pregunta por el deseo del Otro y facilitar procesos de simbolización; en la psicosis, la tarea se desplaza hacia la construcción de un marco simbólico que permita al sujeto anudar algo del lazo social y del cuerpo, a menudo apoyándose en la palabra, pero también en dispositivos que sostengan un orden mínimo frente a la intrusión de lo real (Campodónico, 2020, p. 63). En el autismo, como señalan los autores Viloca y Alcácer (2014), el abordaje encuentra su límite hasta donde el sujeto decida tomar al analista como un objeto más de su pertenencia; al momento de ser tomado es donde nace la posibilidad de introducir pequeñas brechas en el funcionamiento autoerótico, ofreciendo otro no invasivo que puede ser paulatinamente investido como un objeto más, sin forzar la comunicación ni reducir al niño a un cuadro nosográfico. De este modo, el diagnóstico estructural no se concibe como un rótulo estático, sino como una herramienta que permita pensar en las posibilidades de lazo y las vías de subjetivación para hacer posible el trabajo, dependiendo del caso a caso.

Tiempo lógico versus diagnóstico precoz.

La urgencia del diagnóstico precoz es uno de los argumentos más sólidos y mejor instalados del paradigma biomédico actual: cuanto antes se identifique el trastorno, antes pueden iniciarse las intervenciones que minimizarán sus efectos sobre el desarrollo del niño. Y este argumento no carece de fundamento que lo justifique; existen estudios que asocian la intervención temprana con mejores resultados en algunas áreas del desarrollo en niños con TEA. Sin embargo, hay un problema en la forma en que esta lógica opera en la práctica clínica, y es que, en el afán de intervenir pronto, se confunden dos cosas que no son lo mismo: detectar señales de alerta clínica y emitir un diagnóstico definitivo. Esta confusión no es inocua, porque el diagnóstico definitivo tiene efectos duraderos sobre la subjetividad del niño, sobre la relación de sus padres con él y sobre las posibilidades concretas que el sistema le abrirá o cerrará de por vida. No es la misma cosa señalarle a una familia que su hijo presenta algunas características que merecen ser evaluadas con más profundidad, que decirle que su hijo es autista y que ese será su nombre clínico de ahora en adelante.

Es aquí donde el psicoanálisis ofrece un concepto que resulta particularmente iluminador para pensar este problema: el tiempo lógico. En su texto "El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada" de 2009, Lacan articuló tres momentos en cualquier proceso de comprensión: el instante de ver, el tiempo para comprender y el momento de concluir. Estos tres momentos no son equivalentes ni intercambiables. El instante de ver capta una impresión inicial, pero es el tiempo para comprender el que permite que esa impresión sea elaborada, cotejada con otras observaciones, revisada y profundizada. Solo después de ese proceso puede producirse el momento de concluir —y ese momento, a diferencia del instante de ver, no es apresurado sino fundado. Aplicado a la clínica infantil, este esquema implica que el diagnóstico de un niño no puede producirse en una primera sesión, por más llamativos que sean los fenómenos observados: un diagnóstico que salta directamente del instante de ver al momento de concluir prescinde del tiempo para comprender, que es exactamente el tiempo en que el clínico podría haber encontrado algo que no encajaba con la primera impresión y que cambia por completo la orientación del trabajo.

Y es que esta prescindencia del tiempo para comprender es exactamente lo que Maleval (2011) denuncia cuando describe la práctica de especialistas que "han limitado su estudio al autismo infantil precoz partiendo de la hipótesis de que se trata de una patología gravísima" (p. 6). La hipótesis opera desde el instante de ver y organiza todo lo que sigue en función de su confirmación, no de su revisión. En la práctica clínica concreta, este efecto de confirmación es bien conocido: cuando el evaluador llega a la consulta con la categoría diagnóstica ya formulada en mente, tiende a observar los fenómenos que la confirman y a minimizar los que la cuestionan. Y eso es un problema serio, porque el tiempo para comprender es, entre otras cosas, el tiempo necesario para que los fenómenos que no encajan con la primera hipótesis tengan la oportunidad de aparecer —y de ser tomados en serio. No como anomalías que se descartan, sino como datos que pueden cambiar la lectura del caso por completo.

Siendo en el contexto ecuatoriano donde este problema adopta una forma especialmente aguda. Como se ha señalado a lo largo de este capítulo, existen casos documentados de diagnósticos emitidos en una primera sesión, presionados por la demanda familiar de acceder a un bono económico por discapacidad, por la exigencia institucional de categorizar al niño para permitir su ingreso a una escuela o por la sobrecarga de los servicios públicos de salud mental que no disponen del tiempo necesario para una evaluación rigurosa. En todos estos casos, la lógica institucional y

económica impone su propio tiempo —el tiempo de la urgencia burocrática— sobre el tiempo lógico que el diagnóstico clínico requiere. El resultado, como señalan Artigas-Pallarés y Paula-Pérez (2015), es una producción acelerada de etiquetas que no describen la condición del niño, sino la presión del sistema que las genera. Y es que este es un desplazamiento profundo: ya no es el clínico quien concluye a partir de lo que observa, sino el sistema quien empuja la conclusión a partir de sus propias necesidades.

Esta precipitación diagnóstica tiene además una consecuencia que con frecuencia no se considera y que vale la pena nombrar: el diagnóstico prematuro puede producir aquello que pretende describir. Cuando un niño es nombrado desde el déficit antes de que su cuadro se haya revelado en su singularidad, ese nombramiento reorganiza la forma en que sus padres lo miran, la forma en que los docentes lo tratan y la forma en que el propio niño comienza a construir una imagen de sí mismo. No se trata de que el diagnóstico genere autismo donde no lo hay, sino que el peso del diagnóstico fija una posición subjetiva que no está presente.

La defensa del tiempo lógico en la clínica infantil no es, entonces, una defensa de la lentitud como valor en sí mismo. No se cuestiona la importancia de intervenir oportunamente, sino la confusión entre detectar señales de alarma clínica y emitir un diagnóstico definitivo sin espacio a las preguntas, pues, como plantean Tulcanazo y Villegas (2023), en teoría la evaluación de primer nivel tiene como objetivo detectar precozmente a los niños en riesgo y derivarlos a especialistas para una evaluación profunda. Sin embargo, en la práctica cotidiana, estas herramientas de tamizaje son empleadas de forma errónea, ya que se les atribuye todo el peso diagnóstico, lo cual deriva en etiquetamientos prematuros. Esta distinción entre la detección de señales y el diagnóstico definitivo es exactamente la diferencia que existe entre el instante de ver y el momento de concluir; ambos son necesarios entre sí, por ello, no pueden ser confundidos ni constituir por sí solos el eje central del diagnóstico, porque desembocaría en diversas consecuencias clínicas y subjetivas graves. Porque lo que está en juego no es solo la exactitud de una categoría —es la apertura o el cierre de las posibilidades subjetivas de un ser que todavía está constituyéndose, y que no tiene ningún recurso para defenderse frente a un nombre que lo precede y lo define antes de que él mismo haya podido decir algo sobre quién es.

Riesgos clínicos y éticos del sobrediagnóstico.

Todo lo analizado a lo largo de este capítulo confluye en una pregunta que no puede eludirse: ¿qué consecuencias produce el sobrediagnóstico sobre el niño, su familia y su trayectoria vital? ¿A qué queda reducido todo cuando la categoría diagnóstica se impone sobre la escucha? Y es que esta no es una pregunta retórica —tiene respuestas concretas y mensurables, algunas de las cuales ya se han ido anticipando a lo largo de los apartados anteriores. El sobrediagnóstico —entendido como la asignación de una categoría diagnóstica a sujetos cuya condición no la justifica, o cuyo diagnóstico ha sido producido por presiones institucionales, económicas o temporales ajenas a un proceso clínico riguroso— produce efectos que se despliegan en tres dimensiones simultáneas e interdependientes: la clínica, la subjetiva y la ética. Ninguna de estas tres dimensiones pueden ser comprendidas de manera aislada, puesto que el daño clínico produce efectos subjetivos y a su vez revela la dimensión ética de lo que está en juego.

Clínicamente, la mala orientación del tratamiento es el riesgo más inmediato; esto se debe a que cuando un niño con estructura neurótica —en el que el síntoma es un retorno de lo reprimido dirigido a un Otro— es tratado con métodos diseñados para el autismo, se produce un error de intervención que puede consolidar en él una posición de déficit que no responde a su estructura. Y es que Torres Miranda (2017) documenta en contextos institucionales ecuatorianos cómo la confusión entre estructuras distintas a partir de criterios puramente conductuales conduce a diagnósticos erróneos y a una mala orientación de la dirección de la cura, generando en algunos casos una escalada de intervenciones que agravan el cuadro en lugar de aliviarlo. Por su parte, Novoa Jurado (2018) resalta que el sobrediagnóstico no es un problema menor referente a la precisión técnica, sino que responde a un asunto ético de primer orden que genera implicaciones iatrogénicas: daño físico a través de medicaciones e intervenciones innecesarias; daño psicológico, a través de la ansiedad, el estigma y el cuestionamiento de la identidad; y daño social, a través de la angustia de las relaciones familiares y limitación de las expectativas educativas, laborales y legales futuras, tanto para el niño como para la familia. Estos daños no ocurren de manera aislada, sino que se producen de manera simultánea, y sus efectos se acumulan e incrementan con el tiempo, en lugar de atenuarse y disminuir.

Asimismo, es posible afirmar que en la subjetividad infantil no hay daño más profundo que la instauración de una identidad desde el déficit, ya que llega a organizar la vida del niño desde una mirada de aquello que le falta, incluso desde antes de haber podido construir una imagen propia, pues el estigma vinculado al diagnóstico de autismo opera mediante visiones negativas y distorsionadas en cuanto a las diferencias que pueden presentar las personas diagnosticadas, y que, según Araújo et al. (2023), afecta de forma directa a las posibilidades de inclusión social y educativa, algo que llega a ser particularmente grave cuando el diagnóstico es emitido de forma errónea o prematura, porque cuando el estigma se aplica sobre un niño cuya singularidad no corresponde a la categoría que lo define, este aprende con el tiempo a verse a sí mismo desde dicha categoría debido a que nadie en su entorno le ofreció otra mirada, porque, tal como señalaron Almeida y Neves (2020), al promover una "patologización precoz", el diagnóstico asume el valor predictivo del destino del sujeto, amalgamando el cuadro nosográfico a la dimensión ontológica del ser: el niño deja de tener un diagnóstico para convertirse en él. Esta operación, que desde afuera puede parecer una descripción clínica neutral, es desde adentro una sentencia que organiza la experiencia de sí mismo de ese niño durante años —y en muchos casos, durante toda la vida.

Respecto a la dimensión ética, Christiansen (2023) introduce el concepto de *injusticia epistémica* para describir el daño específico que se produce cuando los sistemas diagnósticos como el DSM-5 y la CIE-11 niegan o distorsionan la credibilidad de la experiencia subjetiva del paciente. Esta injusticia puede adoptar dos formas: injusticia testimonial, que se refiere a cuando se invalida lo que el propio sujeto dice sobre su experiencia; y la justicia hermenéutica, que surge cuando los marcos conceptuales disponibles no permiten comprender adecuadamente la experiencia del sujeto que ha sido construida sin su participación. Y es que esta clasificación de injusticias, aplicadas al sobrediagnóstico de TEA en la infancia, describe con precisión la situación del niño cuya historia, contexto y subjetividad son sustituidos por un inventario de conductas observadas en pocas sesiones por un profesional que llega con una hipótesis ya formulada. El niño no tiene la posibilidad de objetar ese proceso —no dispone de los recursos ni de la posición institucional para hacerlo—, y esa asimetría radical es la que hace que la responsabilidad ética del clínico sea particularmente exigente en el trabajo con infancias. Porque quien no puede defenderse, depende enteramente de que quien lo evalúa lo haga con el rigor, la lentitud y la honestidad que su situación exige.

Es frente a estos riesgos desde donde el psicoanálisis no propone rechazar el diagnóstico como herramienta, sino sostener una posición ética que lo contextualice y lo relativice de manera permanente; respaldando aquello, Calatroni (2021) afirma que lo que distingue al abordaje psicoanalítico es la fidelidad a los principios éticos de la práctica misma. Esto se debe a que, desde la clínica, el diagnóstico no constituye el punto de llegada, sino que responde a ser una orientación provisional que debe ser permanentemente revisada y actualizada en pos de lo que el niño muestra mediante el lazo transferencial. Ya que el objetivo de la clínica no responde a confirmar una hipótesis diagnóstica, sino a escuchar lo que el sujeto puede decir o ubicar desde su singularidad, desde sus silencios, repeticiones, modos de juego o de evitar el mismo. Es por ello que, desde esta perspectiva, la pregunta que posibilita este capítulo, *¿Por qué el TEA?,* no se responde con más diagnósticos ni con protocolos refinados, sino que se responde desde una escucha dispuesta a sostener la singularidad de cada sujeto y que logre resistir la presión de los tiempos institucionales, económicos y farmacológicos que empujan hacia la etiqueta rápida y definitiva. Tal como sostiene Lacan (2009), el niño no es normal y eso no debería constituir un problema a ser corregido, sino que da cuenta de la condición misma de su humanidad.

CAPÍTULO IV
MARCO METODOLÓGICO

Enfoque

La presente investigación se orientó desde el enfoque cualitativo, debido a que comprendió e interpretó un fenómeno complejo mediante el análisis de documentos científicos, clínicos, teóricos. Los datos numéricos que se presentaron a lo largo de la investigación fungieron como referencias que entendieron el fenómeno de aumentos diagnósticos y comprendieron dicho fenómeno en la clínica actual.

El enfoque cualitativo, además, se sustentó sobre una concepción del mundo social que resultó afín a la orientación psicoanalítica de esta investigación, según mencionó Walker (2016, p. 16):

> Esta metodología percibe la vida social como creatividad compartida de los individuos. El hecho de que sea compartida determina una realidad percibida como objetiva, viva y cognoscible para todos los participantes en la interacción social. Además, el mundo social no es fijo ni estático sino cambiante, mudable, dinámico. El paradigma cualitativo no concibe al mundo como una fuerza exterior, objetivamente identificable e independiente del hombre. Existen por el contrario múltiples realidades.

Desde esta perspectiva, el interés de esta investigación no se centró en cuantificar la frecuencia del TEA ni en medir la prevalencia de diagnósticos erróneos, sino que examinó los constructos alrededor del incremento diagnóstico y comprendió las condiciones clínicas, institucionales, epistemológicas y sociales que lo hacían posible.

Este trabajo centró su atención en examinar los significados construidos alrededor del incremento de su detección y diagnóstico, y comprendió las condiciones clínicas, epistemológicas e institucionales que lo hacían posible. Esta flexibilidad resultó especialmente pertinente para el objeto de estudio que aquí se abordó: el diagnóstico del TEA no como un dato comprensible únicamente en términos estadísticos, sino como una práctica que se produjo en un entramado de saberes, presiones institucionales y posiciones clínicas que solo pudieron ser examinados desde una mirada que mantuvo abierta la complejidad del fenómeno.

Alcance

La investigación presentó un alcance interpretativo-hermenéutico, puesto que se propuso analizar, comprender y contrastar los significados, argumentos y fundamentos presentados en la literatura sobre el TEA. La hermenéutica se orientó a la interpretación de textos y discursos, considerando que el significado de una fuente se comprendió al relacionar sus partes con la totalidad del corpus documental y con su contexto de producción. En este estudio, dicho alcance permitió comparar las explicaciones biológicas, médicas y psicoanalíticas, relativas al aumento de la identificación y los diagnósticos de TEA, con una lectura estructural proveniente del psicoanálisis, identificando convergencias, divergencias, alcances y límites entre estas perspectivas. (Quintana, 2019).

Además de esto, también se desarrolló un alcance explicativo, debido a que se detalló cómo es que se presentaba y se manifestaba, para dar a entender por qué las causas de este evento y fenómeno eran tan alarmantes para la clínica actual, que solo buscaba encasillar y diagnosticar todo con rapidez.

Paradigma

Se escogió el Paradigma de Investigación: Interpretativo Hermenéutico porque este proyecto no buscó medir variables numéricas ni generalizar leyes universales, sino comprender la singularidad del sujeto. Como mencionó Martínez (2013), el paradigma interpretativo comprendió la realidad social desde las lógicas cuantitativas, razón por la que este paradigma se fundamentó en las subjetividades y dio cabida a la comprensión del mundo desde la apropiación que de él hacen los individuos. A su vez, Quintana (2020, p. 79) menciona que:

En la investigación hermenéutica, el investigador se involucra en un proceso dialéctico en el que explora la historia del texto, reflexiona focalizando la atención entre el texto y las estructuras de pensamiento del investigador, dialoga con el texto, interrogándose y buscando respuestas a sus preguntas, e interpreta el texto en un recorrido de ida y vuelta entre las partes y el todo del texto.

Metodología

Los métodos que se utilizaron en esta investigación fueron el análisis documental y la revisión bibliográfica. Estos métodos consistieron en la revisión sistemática,

interpretación y síntesis crítica de fuentes bibliográficas: artículos científicos, documentos institucionales y textos teóricos que permitieron abordar el objeto de estudio desde múltiples perspectivas. En este trabajo, las fuentes documentales provinieron tanto del campo del psicoanálisis lacaniano, que ofreció la orientación teórica y clínica central, como del campo de la psiquiatría, la psicología del desarrollo y la bioética, cuyo contraste con la lectura psicoanalítica fue parte constitutiva del argumento que se desarrolló.

Instrumento

En base a la entrevista, el instrumento implementado para su desarrollo fue la entrevista semiestructurada. Al respecto, Babativa Salamanca et al. (2024) en su escrito *La entrevista semiestructurada: una herramienta pertinente en la percepción de valores sociales para la vida* comentó que*:* "es un instrumento cualitativo que permite recolectar información precisa y detallada durante una conversación, entre el entrevistador y el entrevistado, ya sea de manera individual o en grupo" (pp. 94-95). Este instrumento resultó pertinente, ya que permitió analizar la presencia del fenómeno de estudio en entornos sociales y clínicos de la actualidad, donde los paradigmas presentados tienen formas diferentes de llevar la clínica, incluyendo el proceso diagnóstico y el uso de dicho diagnóstico. Cabe recalcar que la entrevista fue dividida en 3 ejes categóricos, ejes que comprenden las principales variables de la investigación; se realizó un total de 9 preguntas a la población seleccionada.

Los ejes categóricos abordados en esta investigación respondieron a los tres objetivos específicos y se organizaron de la siguiente manera:

I. Enfoque sintomatológico-conductual, correspondiente al primer objetivo específico.
II. Lectura estructural del TEA, correspondiente al tercer objetivo específico.
III. Sobrediagnóstico del trastorno del espectro autista, correspondiente al segundo objetivo específico.

Población

En primer lugar, para el proceso de selección de la población a analizar se utilizó el método de muestreo no probabilístico de tipo teórico, teniendo como resultado un total de 6 participantes. Cabe recalcar que, de acuerdo con Sampieri et al. (2014), la muestra

de tipo teórica es pertinente, puesto que permite "entender un concepto o teoría, eligiendo las unidades que poseen uno o varios atributos que contribuyen a formular la teoría" (p. 389). La población seleccionada considera a profesionales con el perfil de psicólogo clínico, de los cuales se establecieron como criterios de inclusión el tener experiencia y conocimiento respecto al TEA; las diversas maneras en que la actualidad se suele abordar este diagnóstico y ejercer como psicólogo clínico profesional. Otro de los criterios de inclusión fue tener un enfoque psicoanalítico y llevar su clínica desde esa corriente. A su vez, los criterios de exclusión aplicados fueron: ser estudiante sin experiencia profesional clínica y que el participante no tenga un enfoque práctico psicoanalítico.

En base a las entrevistas aplicadas en el estudio de este trabajo, fue posible ubicar la postura crítica de la población específica para el desarrollo de la investigación, condensando la información propuesta en 1 tabla en función de las variables categóricas planteadas en los objetivos de esta investigación. La transcripción completa de las entrevistas se ubicó en el apartado de Anexos, en Anexo 1 y Anexo 2.

Con respecto a la presentación de los resultados, se obtuvo como respuesta lo adjuntado en el siguiente esquema:

ENTREVISTAS

VARIABLES DE ESTUDIO	PREGUNTAS
Enfoque sintomatológico-conductual	1. ¿En la evaluación del TEA, qué instrumentos o criterios suele utilizar para su diagnóstico? 2. ¿Cuáles considera que serían los alcances y limitaciones del enfoque sintomatológico-conductual para el diagnóstico del TEA?
Lectura estructural del TEA	3. En relación con el diagnóstico del autismo, ¿qué implicaría hacer una lectura estructural desde la clínica infantil? 4. ¿Cuáles considera que serían los alcances y limitaciones de hacer una lectura estructural psicoanalítica para el diagnóstico del TEA? 5. ¿Qué lugar ocupa la subjetividad del niño en una lectura estructural del TEA frente a una etiqueta diagnóstica?
Sobrediagnóstico del Trastorno del Espectro Autista	6. En su experiencia, ¿diría que ha observado un aumento en los diagnósticos de TEA en los últimos años? ¿a qué cree que se deba esto? 7. ¿En la clínica actual cree que existen prácticas que favorezcan un sobrediagnóstico del TEA? ¿Cuáles?

	8. ¿Consideran que un enfoque sintomatológico-conductual podría derivar en un sobrediagnóstico del TEA? 9. ¿Considera que el contexto sociohistórico actual influye en la forma en que se diagnostica el TEA? ¿Cómo?

PROFESIONALES:

PARTICIPANTE	PERFIL PROFESIONAL
PROFESIONAL 1	- Psicóloga Clínica - Con orientación de enfoque Psicoanalítico - Mgtr. En Psicoanálisis y educación privada
PROFESIONAL 2	- Psicóloga Clínica - Con orientación de enfoque Psicoanalítico - Psicóloga del Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante
PROFESIONAL 3	- Psicóloga Clínica - Psicoanalista - Con orientación psicoanalítica en su atención en la clínica privada Infanto - Juvenil
PROFESIONAL 4	- Psicóloga Clínica - Con formación psicoanalítica - Psicóloga en la Unidad Educativa Juan XXIII
PROFESIONAL 5	- Psicólogo Clínico - Psicoanalista - Con orientación de enfoque Psicoanalítico Lacaniano - Psicólogo de Atrios
PROFESIONAL 6	- Psicóloga Clínica - Con orientación en el psicoanálisis Lacaniano - Psicoanalista en formación

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En base a las entrevistas aplicadas en el estudio de este trabajo, fue posible ubicar la postura crítica de la población específica para el desarrollo de la investigación, condensando la información propuesta en 1 tabla en función de las variables categóricas planteadas en los objetivos de esta investigación. Cabe resaltar que la transcripción completa de las entrevistas se encuentra en el apartado de anexos 1.

Con respecto a la presentación de los resultados, se obtuvo como respuesta lo adjuntado en el siguiente esquema.

Tabla 3. *Respuestas del grupo de Psicólogos Clínicos de la ciudad de Guayaquil frente al enfoque sintomatológico-conductual en el diagnóstico del trastorno del espectro autista.*

VARIABLES/CATEGORÍAS Y SU RESPUESTA	
Participantes	***Enfoque sintomatológico-conductual***
Entrevistado 1	Comentó que dentro de su práctica clínica no concibe al autismo como un déficit, por lo cual, no lo diagnostica mediante manuales estandarizados, sino, que constituye el diagnóstico mediante las entrevistas a padres, la escucha de la historia de niño y la observación clínica que realice en cuanto a la relación del niño con el cuerpo, los objetos, el Otro y el lenguaje. Por otro lado, del enfoque sintomatológico conductual reconoció que uno de sus principales alcances es acceder a un diagnóstico oportuno que permita a su vez el acompañamiento necesario, sin embargo, refirió que una de las principales limitaciones es poner en riesgo de reducir la mirada hacia el niño exclusivamente a sus síntomas, lo cual termina excluyendo la singularidad y sus arreglos personales.
Entrevistado 2	Comentó que, en su práctica clínica, se fundamenta en los criterios del CIE-10 y la valoración clínica integral, por lo cual, considera la historia del desarrollo, así como también realiza diversas entrevistas a cuidadores y sobre todo la observación directa. Por otro lado, afirmó que en ocasiones llega a usar cuestionarios como el CARS únicamente como apoyo, y no basando jamás el diagnostico solo en test. Por otro lado, del enfoque sintomatológico conductual reconoció que uno de sus principales alcances es que facilita la detección y la orientación de la evaluación, sin embargo, refirió que una de las principales limitaciones es que se centra de manera exclusiva en la conducta observable

Entrevistado 3	Señala que, desde su práctica clínica llevada en el área privada, no aplica ningún instrumento ni herramienta que no responda a la orientación psicoanalítica, posición que ha mantenido también en instituciones educativas y universitarias previas. Señaló que su crítica al enfoque sintomatológico-conductual se centra en que este se encuentra reducido enteramente a la estadística, lo cual implica que los instrumentos implementados en el diagnostico no consideran el contexto sociocultural en el que se desarrolla el niño. Destacó como muchas de las evaluaciones que son llevadas a cabo para el diagnóstico del TEA, intentan ubicar un diagnóstico del sujeto sin el sujeto, basándose únicamente en lo que otros dicen de él —la docente, los padres—, "es llamativo que se intente ubicar un diagnóstico en un sujeto sin el sujeto". Reconoció también que en su práctica existen momentos evaluativos, que son llevados en el momento en que la familia o la institución lo pide. El propósito de este momento es conocer el tiempo lógico en que se encuentra el niño y su relación con el lenguaje y el cuerpo, desde donde se orientan las formas de acompañamiento.
Entrevistado 4	Comentó que, si bien reconoce la existencia de instrumentos como el ADOS-2 y el ADI-R, los considera herramientas que se quedan cortas al momento de comprender la historia del sujeto y su relación con los otros. Por ello, enfatiza en la importancia de la observación clínica directa, la historia familiar y el tiempo lógico necesario para cada caso. Señaló que el alcance del enfoque sintomatológico-conductual radica en su funcionalidad institucional, ya que produce un lenguaje técnico que permite la comunicación con colegas, escuelas e instituciones. No obstante, identifica como limitación principal que la etiqueta diagnóstica puede terminar aplastando al sujeto, pues el checklist clasifica y nomina, pero no da cuenta de la posición subjetiva de la persona, quedándose únicamente en lo que cumple y lo que no se cumple sin comprender la lógica singular de la psiquis de la persona.
Entrevistado 5	Dentro del enfoque sintomatológico conductual el participante comenta que no se hace valer de ninguna evaluación para llevar a cabo su proceso diagnóstico, su formación va exclusivamente llevada del psicoanálisis, donde se hace valer de su criterio y formación, analiza la relación del sujeto con los objetos pulsionales, el entrevistado comenta: "el diagnóstico diferencial entre psicosis y autismo lo que buscamos es cuál es la relación con es con los objetos; voz y la mirada". En relación con ese uso de los objetos comenta, y de los mecanismos de defensa es que puede llegar a un diagnóstico Entre su perspectiva con respecto a las limitaciones y alcances de este enfoque comenta: "en lo que yo conozco que, no voy a decir que soy

	un experto en eso, pero si lo que he escuchado es que hay como una rigidez digamos en el tema de los patrones que se tienen que clasificar".
Entrevistado 6	Aclaró que en base a su formación como psicoanalítica no se encontraba en posición para responder la pregunta de manera sustancial, pero dentro de las herramientas que de las que ella se hace valer comentó: De hecho, debemos ir más allá del diagnóstico. Alojar un tratamiento posible para el sufrimiento de ese sujeto, niño, adulto, autistas, psicótico, eso es una posición ética de acuerdo con la práctica que yo sostengo. Se mantuvo al margen de dar respuestas desde una posición epistemológica que no conoce, pero comentó lo siguiente: "no tengo una práctica o un conocimiento epistémico extenso más allá de lo general, pero diría que es cierto que los cognitivos conductuales se centran en la conducta y cómo erradicar la conducta que no es favorable para este sujeto en este momento" priorizando en un primer momento más la conducta que la subjetividad.

Dentro de la variable de estudio *Enfoque sintomatológico conductual,* los participantes mantuvieron su posición ética desde un enfoque psicoanalítico; al pertenecer a este enfoque, las herramientas de las que se hacen valer para sostener su diagnóstico suelen ser casi exclusivamente su criterio clínico, pero esto no descarta el conocimiento sobre las pruebas utilizadas por otro enfoque. Además de esto, dentro de su práctica clínica, ellos privilegian la dimensión de las singularidades del sujeto para llegar a un diagnóstico acertado frente a la estructura.

Además de esto, al pasar a hablar sobre las limitaciones y alcances de este enfoque, llegan a coincidir en que las limitaciones de dicho enfoque residen cuando la práctica profesional centra su atención casi exclusivamente en las conductas observables, y las etiqueta en el diagnóstico que más se acople a lo observado, dejando esto por fuera la singularidad y subjetividad que hace especial el caso a caso. Algunos de ellos, al momento de hablar de los alcances, mencionan cómo este enfoque termina funcionando como un lenguaje común que permite comunicarse entre las diferentes instituciones: escuela, hospital, etc. Además, también el poder lograr una detección más veloz. Y del hecho que permite un lenguaje interinstitucional.

Tabla 4 *Respuestas del grupo de Psicólogos Clínicos de la ciudad de Guayaquil frente al enfoque sintomatológico-conductual en el diagnóstico del trastorno del espectro autista.*

VARIABLES/CATEGORÍAS Y SU RESPUESTA

Participantes	*Lectura estructural psicoanalítica*
Entrevistado 1	Comentó que el psicoanálisis entiende al autismo como una estructura subjetiva donde las defensas frente a la demanda invasiva del otro son singulares y se dan a manera de, es por ello, que, para este entrevistado, la subjetividad juega un papel fundamental, pues implica ubicar un sujeto con arreglos inéditos más allá del diagnóstico. Con base en ello, reconoce la importancia del psicoanálisis frente al TEA, porque es la lectura que pudo apostar por el encuentro y consentimiento del autista mediante un "dulce forzamiento" que termina posibilitando que tanto los maestros puedan inventar modos de transmisión, como los padres puedan acompañar más allá de la conducta o el diagnostico. Sin embargo, reconoció que una de las principales limitaciones de la lectura psicoanalítica es requerimiento temporal para posibilitar el encuentro y conocimiento, el cual, no se ajusta a estándares u objetivos preconcebidos.
Entrevistado 2	Mencionó que desde la lectura psicoanalítica es posible comprender al niño más allá de los síntomas, pues se pone en juego no solo la observación de la forma particular de relacionarse con los demás, sino también el juego, el lenguaje y los vínculos. Es por ello, que consideró la subjetividad como el elemento central; porque, aunque el diagnóstico orienta, es imposible definir al niño a partir de eso en su totalidad. Ante lo que menciono, también le atribuyo a la lectura psicoanalítica el acercamiento a la singularidad del niño, pues consideró que de esta manera se ha logrado evitar que el niño quede reducido a una etiqueta diagnóstica.
Entrevistado 3	Comunica, que la lectura estructural implica no dejar de lado el desarrollo del niño ni su historia, entendida como la del sujeto que es hablado a través de los otros. Desde la teoría lacaniana, señaló que se trata de captar el momento lógico en que se encuentra el niño y cómo este reacciona con su cuerpo y con el lenguaje, orientando el trabajo al caso a caso a partir de esa lectura. Destacó que el autismo continúa siendo un campo de debate abierto dentro del psicoanálisis —incluso la pregunta de si constituye a una cuarta estructura permanece sin respuesta definitiva—, y que esa apertura le conviene al propio sujeto, pues el problema real de la infancia es que rápidamente se la ubica en una categoría. Respecto de la subjetividad, sostuvo que, inclusive cuando existe un diagnóstico de TEA otorgado por una institución, el trabajo analítico consiste en encontrar al sujeto dentro y más allá de ese diagnóstico, planteando que siempre es posible sostener un lugar de dignidad para el sujeto, incluso con el diagnóstico de por medio.
Entrevistado 4	Refiere que desde la orientación psicoanalítica lacaniana el autismo no es pensado como un déficit ni como un desfase,

	sino como una posición subjetiva única y singular, lo que implica darle a cada sujeto un lugar propio en su relación con el lenguaje, el goce y el Otro. Señaló que la lectura estructural le permite hacer una lectura de la posición subjetiva de la persona en lugar de una lectura clasificatoria, siendo el sujeto mismo quien orienta el trabajo clínico y consiente el posible tratamiento. Como alcance, destacó que esta posición saca al niño de la estadística para convertirlo en un sujeto singular con sus propios arreglos. Como limitación, señaló que el tiempo es radicalmente distinto al de los programas psicoeducativos: mientras estos tienen objetivos medibles en plazos definidos, el psicoanálisis se rige por los efectos que se producen sobre el sujeto, lo que puede entrar en tensión con las demandas institucionales de resultados verificables.
Entrevistado 5	Comento que, si ha evidenciado un sobrediagnóstico con respecto al TEA, lo relaciona con la sobreestimulación en la infancia y un compromiso en las construcciones subjetivas actuales en las familias que no terminan de desarrollar el simbólico necesario para la entrada del niño al lenguaje. Por lo que dentro de una mala práctica clínica estas anomalías pueden ser encasilladas, dentro del amplio espectro diagnóstico del autismo. A su vez resalto que una mala práctica enfocada en lo sintomatológico conductual podría derivar en un sobrediagnóstico diciendo: “Mas que nada por el tema de los patrones” y argumentando: “Si me parece que el sobrediagnóstico esta influenciado por esa visión muy conductual, muy observable a nivel de comportamiento” Resaltando el hecho de que si la práctica se enfoque exclusivamente en lo conductual si se hablaría de un sobrediagnóstico.
Entrevistado 6	Dentro de la práctica psicoanalítica, mantiene que debe ser una práctica sostenida en la ética, el tratamiento posible ira de la mano de la estructura y de la singularidad del caso a caso. Comentó que la subjetividad es lo primordial, lo angular dentro del espacio psicoanalítico para a raíz de eso poder ir trabajando en lo particular y en las estructuras, comentó: “Desde el inicio la lectura estructural es lo importante, no se puede realizar intervenciones pensando en neurosis a una psicosis.” Y de que el trabajo tiene que sostenerse como si fuera la primera vez, desde la posición de no saber. A su vez relato que pensando en los alcances será la manera en la que se vela por la subjetividad, para poder engancharlo a una cadena más extensa de los propios intereses del sujeto autista. Dentro de las limitaciones menciona que Es muy importante el trabajo con los padres. No como una limitación sino como. Una apuesta decidida que tú sabes que trabajar como un niño, no solo si es un autista. Significa también sostener un trabajo con los padres.

	Porque no es sin los padres. Quizás sería una limitación no tener esa claridad.

Dentro del eje de lectura estructural, los profesionales pudieron desenvolverse de maneras más acordes a su formación académica; la principal concordancia entre los profesionales radicó en la posición que se le da a la subjetividad y a la singularidad para llevar a cabo un abordaje ético del autismo. Concordaron en la necesidad de ir más allá de la etiqueta diagnóstica, la estadística y lo puramente conductual. Ya que, en lo singular, en los arreglos particulares y en la relación con el lenguaje, el goce, el cuerpo y los objetos es donde se encuentra la diferencia y lo que permite la orientación del trabajo. Por otro lado, las diferencias y matices que existen entre las respuestas brindadas van desde el cuestionamiento entre los ritmos del psicoanálisis con las demandas institucionales o psicoeducativas de resultados rápidos y verificables; otros señalan un posible enmascaramiento de conductas que, en vez de responder a un autismo, podría tener un origen en una entrada tardía o inusual en la dimensión de lo simbólico, una sobreestimulación que atrofia la pulsión epistemofílica. Y, por último, enfatizaron el hecho de que el tratamiento requiere ineludiblemente sostener un trabajo paralelo con otros profesionales y decidido con los padres como parte fundamental de la dirección de la cura.

Tabla 5. *Respuestas del grupo de Psicólogos Clínicos de la ciudad de Guayaquil frente al sobrediagnóstico del trastorno del espectro autista.*

VARIABLES/CATEGORÍAS Y SU RESPUESTA	
Participantes	***Sobrediagnóstico del TEA***
Entrevistado 1	Confirmó que en su práctica ha experimentado una mayor llegada de niños con etiqueta de autismo a la consulta, sin embargo, realizó la aclaración que no todos lo son. Atribuyó esta proliferación de diagnósticos de TEA a la diversa información dispersa en medios sociales y de educación. Es por ello, que exhortó las prácticas clasificatorias, pues en su experiencia, reducen al sujeto a síntomas o números; reeducando y adaptando la singularidad del sujeto a conductas que llegan a obturar la misma. De la misma forma, afirmó que el enfoque conductual es una de las principales causas del sobrediagnóstico, pues se queda en la observación de síntomas sin la lógica subjetiva, al igual que los discursos de la época, tales como el discurso científico y capitalista, pues en lugar de tener en cuenta la lógica del sujeto, se basan en la lógica de las ofertas estandarizadas.
Entrevistado 2	Afirmó que ha observado una mayor identificación de casos, lo cual se lo atribuyó a la mayor sensibilización social que se ha venido elaborando a lo largo del tiempo, pues

	consideró que se cuenta con mejores habilidades de reconocimiento de características, lo cual ha posibilitado una búsqueda de atención oportuna. Sin embargo, considera de igual forma, que la interpretación de conductas aisladas como suficientes, si ha intervenido en el sobrediagnóstico del TEA, así como el uso descontextualizado de cuestionarios y fallos al momento de ubicar un diagnóstico diferencial, es por ello, que para este entrevistado el enfoque sintomatológico por sí solo no constituye el creciente sobrediagnóstico, sino la aplicación rígida del mismo.
Entrevistado 3	Comentó que ha observado un crecimiento importante de centros de atención psicológica y de profesionales que, poco después de egresar, establecen consultorios especializados en autismo con modalidades de evaluación rápidas, lo que puede favorecer que se emitan diagnósticos de TEA con mayor frecuencia sin que eso implique un aumento equivalente de personas autistas. No sostuvo que haya aumentado el autismo como tal, sino que hay más diagnósticos —una inflación diagnóstica vinculada a condiciones sociohistóricas de la época. En última instancia, planteó que la cuestión remite siempre al terreno de la ética profesional y a la responsabilidad que implica emitir un diagnóstico.
Entrevistado 4	Confirmó que hay prácticas clínicas que contribuyen al sobrediagnóstico del TEA, y las atribuyó tanto a la hegemonía de los protocolos y manuales diagnósticos como a un orden económico y social que impulsa el nombramiento rápido de cualquier conducta que se desvíe de la norma. Relató un caso concreto en que un niño había sido registrado con presunto autismo en sus archivos institucionales desde los primeros meses de vida, a partir de observaciones conductuales aisladas, sin que mediara ninguna evaluación rigurosa; al retomar la lectura desde cero, el autismo fue descartado y el trabajo clínico se orientó hacia otras cuestiones, con efectos visibles en la manera en que maestros y familia se relacionaban con el niño. Sostuvo que de cada cinco o seis informes que llegan a su consulta con diagnóstico de autismo, al menos cuatro no corresponden a una posición estructural autista, lo que refleja el alcance real del problema. Vinculó este fenómeno con la dificultad que tienen los propios profesionales para tolerar la incertidumbre clínica, señalando que el impulso de darle un nombre a todo lo que no entra en la norma responde también a una angustia subjetiva de quien diagnostica.
Entrevistado 5	Comento que, si ha evidenciado un sobrediagnóstico con respecto al TEA, lo relaciona con la sobreestimulación en la infancia y un compromiso en las construcciones subjetivas actuales en las familias que no terminan de desarrollar el simbólico necesario para la entrada del niño al lenguaje. Por lo que dentro de una mala práctica clínica estas anomalías

	pueden ser encasilladas, dentro del amplio espectro diagnóstico del autismo. A su vez resalto que una mala práctica enfocada en lo sintomatológico conductual podría derivar en un sobrediagnóstico diciendo: “Mas que nada por el tema de los patrones” y argumentando: “Si me parece que el sobrediagnóstico esta influenciado por esa visión muy conductual, muy observable a nivel de comportamiento” Resaltando el hecho de que si la práctica se enfoque exclusivamente en lo conductual si se hablaría de un sobrediagnóstico.
Entrevistado 6	Dentro del apartado de si existe realmente un sobrediagnóstico afirmó que si, comenta: “Si, También hay más malos diagnósticos. Me ha tocado Comprobar lo contrario y guiar toda una dinámica familiar a apuntar la urgencia hacia otro lugar.” Argumento la relación del diagnóstico con un decaimiento del nombre del padre y de la función paterna, generando subjetividades más frágiles, que podrían confundirse o dificultar la entrada a la neurosis. Se mantuvo al margen al momento de señalar si un enfoque sintomatológico conductual podría derivar en un sobrediagnóstico de TEA, y de manera ética, se limitó hablar desde su enfoque y conocimiento. Dentro de las causas guio sus respuestas hacia el caso a caso, y sobre todo hacia el manejo de la angustia de los padres, para direccionarlos en el proceso del infante.

Referente al eje del sobrediagnóstico, los profesionales concordaron unánimemente en que existe un aumento significativo en el diagnóstico del TEA, pero que dicho sobrediagnóstico no implica un incremento real de los sujetos con estructura autista. En base a esas similitudes, se puede formar la opinión sintetizada de que la inflación diagnosticada es el síntoma de una época con múltiples dificultades; una demanda que en modo general puede responder a un discurso capitalista que se encuentra caracterizado por la exigencia de respuestas inmediatas y la administración de pruebas rápidas, estandarizadas y descontextualizadas, las cuales, al apoyarse en una visión exclusivamente conductual, terminan encasillando cualquier conducta que se termine desviando de la norma, perdiendo de vista la singularidad, el desarrollo simbólico y la lógica subjetiva que sostiene cada caso. No obstante, se evidencian diferencias en cuanto al origen y la interpretación de este fenómeno. Las atribuciones varían profundamente: algunos apuntan hacia problemáticas sistémicas y de la práctica clínica, tales como la inexperiencia en nuevos centros de atención, la intolerancia del profesional a la incertidumbre o la propia angustia de quien emite el diagnóstico apresurado; en contraste, otros sitúan la raíz del problema en la dinámica familiar y

estructural, señalando factores como la sobreestimulación infantil, las dificultades para establecer el orden simbólico necesario para la entrada al lenguaje y el decaimiento de la función paterna que termina con arreglos singulares que pueden confundirse con un autismo.

Análisis de Resultados:

Esta investigación se propuso analizar de qué manera el predominio de un enfoque sintomatológico-conductual, frente a una lectura estructural psicoanalítica, incide en el sobrediagnóstico del Trastorno del Espectro Autista en la clínica infantil. A partir del desarrollo y síntesis de las entrevistas que fueron aplicadas, los hallazgos obtenidos permitieron establecer una articulación entre las variables categóricas propuestas, el contraste entre la recapitulación teórica desarrollada en la presente investigación y la postura de los psicólogos clínicos entrevistados.

La comprensión de este fenómeno presente en la clínica actual, el sobrediagnóstico del TEA, como ha podido evidenciar la teorización a lo largo de este trabajo y la información recibida por los profesionales entrevistados, es que este fenómeno no puede ser entendido ni problematizado desde una única posición. Dicho fenómeno traspasa las fronteras del espacio clínico y se convierte en un campo polimórfico que responde en diferentes direcciones según se lo interrogue.

Lo primero que esta investigación permite concluir es que el fenómeno del sobrediagnóstico del TEA no puede ser entendido ni problematizado desde una única posición. Traspasa las fronteras del espacio clínico y se convierte en un campo polimórfico que responde en distintas direcciones según se lo interrogue: desde lo epistemológico, lo institucional, lo social y lo subjetivo. El recorrido histórico del autismo mostró que las modificaciones a sus criterios diagnósticos no respondieron exclusivamente a avances en la comprensión clínica del fenómeno, sino que se articularon también con condiciones sociales, económicas y políticas. A lo largo del tiempo, esos cambios fueron ampliando y descartando características con el propósito de englobar bajo un diagnóstico lo más estandarizado y fiable posible. En contraposición, disciplinas como el psicoanálisis teorizan y construyen su concepción del autismo desde otros pilares, sostenidos en su propia corriente de estudio y orientados por una pregunta distinta: no qué conductas presenta el niño, sino desde qué posición subjetiva se organiza su relación con el lenguaje, el cuerpo y el Otro.

El hallazgo central que esta investigación permite levantar es que la incidencia del enfoque sintomatológico-conductual en el sobrediagnóstico del TEA es innegable, y no se trata de una falla teórica corregible con mejores instrumentos ni de que los manuales diagnósticos fallen en sus criterios. Es algo más profundo: son las propias limitaciones que este enfoque arrastra; una práctica que no termina de ser flexibilizada por los profesionales, la demanda de la inmediatez y el desplazamiento de la pregunta por lo subjetivo. El discurso biomédico que orienta esta práctica hacia la emisión de un diagnóstico a partir de lo observable en una o dos consultas instala en la clínica un agente dañino. Al tomar única y exclusivamente la conducta observable como criterio diagnóstico suficiente, este enfoque prescinde de una pregunta que no puede obviarse: la pregunta que sostiene el psicoanálisis por la posición del sujeto respecto del lenguaje, del cuerpo y del Otro.

La subjetividad del infante, el tiempo lógico de cada niño, la forma en que el lenguaje no es solo la palabra, sino también el silencio, el gesto, la relación con el Otro, todo eso queda fuera de una primera consulta que pretende concluir con un diagnóstico. Y lo que queda fuera no es un dato menor: es lo que haría posible el terminar de comprender.

Este fenómeno, que los propios entrevistados confirmaron desde adentro de su experiencia en la práctica clínica, produce un daño que esta investigación permite nombrar con precisión. Cinco de los seis entrevistados confirmaron haber recibido casos con diagnósticos previos de TEA que, al ser evaluados desde una lectura estructural, correspondían a otra organización clínica. El sobrediagnóstico, en este sentido, no es solo el resultado de una mala práctica individual: es también el efecto de una decisión clasificatoria que eliminó la posibilidad misma del diagnóstico diferencial al hacer desaparecer la categoría de psicosis infantil de la nosografía psiquiátrica, produciendo que lo que antes era abordado desde otra lógica clínica quedara subsumido bajo el espectro. Dicho de otro modo: que haya más diagnósticos de autismo no implica que haya más sujetos autistas, tal como señalaron los participantes de las entrevistas. Los diagnósticos que llegaban a sus espacios no siempre respondían a una estructura autista.

El origen del autismo en la clínica actual aún permanece desconocido. El enfoque biomédico intenta articularlo a factores genéticos que, a pesar de evidenciar una predisposición biológica, no logran ubicar con exactitud una causa definitoria. Los factores involucrados en su origen son diversos y pueden ir desde la administración de

medicamentos durante el embarazo hasta factores ambientales como el uso excesivo de pantallas durante la primera infancia, cuyas consecuencias a nivel conductual pueden confundirse de manera superficial con indicadores de TEA. La infancia, desde una lectura estructural psicoanalítica, es un proceso fundamental en el que se está formando la subjetividad del infante y construyendo un mundo a partir de lo simbólico, un proceso único para cada sujeto y para la realidad en que ese sujeto vive. Siendo así, los comportamientos inusuales o las defensas singulares que aparecen durante ese período de formación no pueden leerse directamente como síntomas de un trastorno sin antes haber comprendido la posición subjetiva que los organiza.

El sostén práctico del enfoque biomédico-conductual ubica un trastorno del neurodesarrollo con compromisos en la interacción social, el lenguaje y la conducta, y lo diagnostica mediante la propia experiencia y el uso de instrumentos estandarizados (ADI-R, ADOS-G, M-CHAT-R/F) que organizan ese abordaje en función de lo observable y medible. El recorrido histórico mostró cómo la ampliación progresiva de los criterios diagnósticos y la generalización de los mismos a lo largo de las sucesivas versiones del DSM, y su consolidación en el espectro del DSM-5, sentaron las condiciones epistemológicas para la inflación diagnóstica actual. Desde un inicio, la anormalidad de ciertas conductas generó malestar y la respuesta del discurso médico fue buscar la manera de englobarlas bajo una categoría que las hiciera legibles.

Los entrevistados confirmaron esta caracterización desde adentro de la práctica. El entrevistado 3 describió los instrumentos conductuales como herramientas que "responden a la estadística", construida sobre poblaciones de otros contextos culturales que no necesariamente se corresponden con la realidad ecuatoriana, y señaló que resulta "llamativo que se intente ubicar un diagnóstico en un sujeto sin el sujeto". Lo que los instrumentos estandarizados capturan es la conducta descrita por terceros, la docente, el padre, la madre; lo que queda fuera es exactamente aquello que el psicoanálisis sostiene como condición de una comprensión genuina: la posición singular del sujeto.

Además, el ejercicio profesional desde este enfoque se ve comprometido en distintos niveles. Al ser una práctica estandarizada y el modo hegemónico de ejercer la psicología, es más propensa a caer en reduccionismos que dejan de lado la pregunta por las maneras singulares y particulares de ser del niño. El diagnóstico infantil se ha vuelto parte de la política y la burocracia administrativa: las instituciones educativas abren y cierran sus puertas en relación con la obtención de un diagnóstico, se accede a

bonificaciones económicas y los centros gubernamentales que ofrecen apoyo a personas diagnosticadas terminan jugando un papel importante en la producción de la demanda diagnóstica. Esta articulación entre la clínica y la burocracia institucional facilita el ceder a las demandas del sistema, comprometiendo la ética y la buena práctica, llegando a instaurar lo que se mencionó con anterioridad, un proceso diagnóstico sin sujeto.

El psicoanálisis trae consigo otro modo de conceptualizar las formas particulares del sujeto, los ejes del lenguaje, el goce y la relación con el Otro: en el autismo, la particularidad de los objetos como la voz y la mirada es que generan angustia y el sujeto tiende a sustraerse de ellos mediante defensas singulares; en cambio, en la psicosis, pueden convertirse en soporte de fenómenos alucinatorios; en la neurosis, el síntoma es un retorno de lo reprimido dirigido a un Otro. Los fenómenos observables no son exclusivos de las estructuras; ahí resalta la importancia del diagnóstico diferencial; no es un refinamiento teórico de segundo orden, es la condición que define la dirección del tratamiento y acompañamiento del sujeto. El entrevistado 5 articuló esta distinción con claridad clínica, señalando que sin diagnóstico diferencial estructural se cometen errores de orientación cuyas consecuencias pueden ser graves. El entrevistado 6 lo confirmó desde la práctica: intervenir con un sujeto que en realidad se organiza desde una psicosis puede resultar particularmente invasivo.

Un punto importante sobre las estructuras que el psicoanálisis propone es su carácter inmutable en el tiempo. Esta idea se sostiene en el enunciado que lleva a nombrar a los pacientes dentro de un enfoque sintomatológico-conductual; si dentro de ese enfoque se es en cuanto se padezca, entonces, ¿Cuándo no padezco, no soy? Dentro del psicoanálisis, un sujeto autista, por más “adaptado y normalizado” que esté, no dejará de ser autista; un neurótico, aunque delire, sigue siendo neurótico; un psicótico, aunque no delire, sigue siendo psicótico. De ahí que un diagnóstico de TEA brindado por un enfoque sintomatológico conductual resulte reversible, no indique una cura: evidencia, desde un principio, una mala práctica. El psicoanálisis distingue radicalmente entre trabajar con lo que el sujeto es y trabajar con lo que el sujeto demuestra ser en un momento dado.

El debate lacaniano sobre si el autismo constituye una cuarta estructura —señalado por el entrevistado 3— confirma que estos criterios no operan como certezas definitivas, sino como herramientas provisionales de orientación que deben permanecer abiertas a la revisión clínica. Esta apertura, señaló el entrevistado, "le

conviene al autismo": el problema real de los niños es que rápidamente son ubicados en categorías, y la disposición a mantener la pregunta abierta es precisamente lo que impide esa clausura prematura.

Las implicaciones de un diagnóstico conductual sin lectura ya ni siquiera estructural, sino singular y subjetiva, incluyen la mala orientación del tratamiento, la confusión entre estructuras y la perpetuación del error a través de los archivos institucionales. Pero la dimensión más significativa es la subjetiva. Cuando el checklist reemplaza a la escucha, el niño queda nombrado desde el déficit antes de que su singularidad haya podido desplegarse. Siendo que el diagnóstico no solo describe al niño, sino que lo constituye, en la mirada de sus padres, de sus docentes, en los archivos que lo seguirán durante años, el daño que produce cuando se precipita no es solo un error clínico: es una forma de silenciamiento de la voz del sujeto. Una voz que, en el caso del niño, es especialmente vulnerable porque carece de los recursos simbólicos y la posición institucional para objetar el proceso que lo define. Las consecuencias concretas incluyen intervenciones y medicaciones innecesarias, la ansiedad, el estigma y la resignificación de la propia historia desde la patología.

Esta idea permite traer de vuelta una afirmación que resulta clave: si el diagnóstico conductual opera bajo la lógica de que "se es en cuanto se padece", entonces la pregunta que el psicoanálisis devuelve es legítima: —¿Si no padezco, no soy? Es esa grieta la que permite poner en evidencia las deficiencias de un diagnóstico exclusivamente basado en aspectos conductuales. El diagnóstico, una vez instalado, no espera a ser corregido: organiza años de vida del niño y de su familia antes de que alguien lo cuestione.

El trabajo ético psicoanalítico, en cambio, realiza intervenciones que producen efectos clínicos y subjetivos distintos. Lo que el psicoanálisis aporta dentro de esta emergencia de querer responder todo de la manera más rápida posible es brindar un espacio para sostener la angustia del sujeto y de su familia. La lectura estructural, basada en la singularidad y la subjetividad del paciente, es lo que le permite realizar diagnósticos estructurales sostenibles en el tiempo —posición que no mantiene el enfoque sintomatológico-conductual, cuyo nombramiento del paciente está explícitamente ligado a lo que este presenta en un momento dado.

Algo que esta investigación también permite señalar es la ética profesional como principio articulador de la clínica responsable. Los seis entrevistados, desde posiciones y formaciones distintas, coincidieron en que la cuestión del sobrediagnóstico no se

resuelve con mejores instrumentos ni con más tiempo de evaluación: se resuelve con una posición ética que sostenga la pregunta por el sujeto incluso cuando el sistema presiona hacia la respuesta rápida. Resulta imprescindible trabajar desde una mirada que respete la subjetividad del niño como producto de relaciones sociales y rechace la medicalización de las situaciones cotidianas. El entrevistado 6 lo formuló de la manera más radical: su orientación no es hacia el diagnóstico, sino hacia alojar un tratamiento posible para el sufrimiento del sujeto.

El sobrediagnóstico del TEA no puede comprenderse sin considerar las condiciones de la época que lo producen. La inmediatez que caracteriza al malestar de la época moderna trae consigo un miedo a lo desconocido y una necesidad urgente de nombrar todo aquello que se sale de la norma, para darle un lugar y un sentido de pertenencia. La angustia de los padres que no entienden qué le ocurre a su hijo y buscan respuestas desesperadamente —una dimensión que ninguna lectura puramente sociológica puede capturar— es uno de los motores más potentes de la demanda diagnóstica. La construcción del sujeto depende en parte de la narrativa social actual, y una sociedad tomada por el discurso capitalista que exige resultados en el menor tiempo posible se ve directamente relacionada con el fenómeno del sobrediagnóstico. La demanda diagnóstica, en este sentido, no comienza después del diagnóstico: comienza desde el momento en que la familia empieza a buscar un nombre para aquello que no comprende, y como tal exige ser escuchada antes de ser respondida con una etiqueta.

Esta investigación comenzó con una pregunta que parecía técnica —¿incide el enfoque diagnóstico en el sobrediagnóstico? — y el recorrido mostró que la pregunta no es técnica, sino clínica, ética y política. No se trata de elegir entre instrumentos más o menos precisos: se trata de decidir desde qué posición epistemológica se va a escuchar a un niño que sufre, y qué se va a hacer con lo que ese niño muestra.

Lacan (2009) formalizó la distinción entre el instante de ver, el tiempo para comprender y el momento de concluir, señalando que precipitar el momento de concluir sin haber transitado el tiempo para comprender no produce una conclusión más temprana: produce una conclusión menos rigurosa. Aplicada al diagnóstico, esta distinción revela con precisión lo que está en juego: un diagnóstico producido sin ese tiempo para comprender no describe a un sujeto —describe la prisa del sistema que lo produce. Y esa prisa, como mostraron los entrevistados, tiene efectos sobre el niño que pueden durar años, modificar la mirada de quienes lo rodean y cerrar prematuramente posibilidades que, de otro modo, habrían permanecido abiertas.

CONCLUSIONES

El punto de partida de esta investigación es una pregunta que pertenece al campo técnico de la clínica: ¿De qué manera el predominio de un enfoque sintomatológico conductual incide en el sobrediagnóstico del Trastorno del Espectro Autista? Es esta pregunta la que abrió las puertas a esta investigación, del recorrido bibliográfico, análisis documental, revisión histórica, teórica, y del acercamiento a las experiencias de los profesionales dentro del contexto nacional. Esta es una pregunta que no solo se puede entender en una sola dimensión; este fenómeno atraviesa de manera transversal tantas implicaciones: clínica, epistemológica, ética y política a la vez; y cada uno de esos planos exigió ser abordado con el mismo nivel de cuidado.

Existe un sobrediagnóstico de autismo que no necesariamente responde a un incremento de los sujetos autistas. Lo que esta investigación puede mostrar es que el incremento en los diagnósticos de TEA no puede leerse únicamente como el resultado de una mayor capacidad y eficiencia del sistema de salud para detectar una condición que antes pasaba desapercibida. Al contrario, es el resultado de condiciones clínicas, institucionales, económicas y socioculturales que producen diagnósticos rápidos que no responden a una posición estructural autista, y que tienen efectos concretos y mensurables sobre la subjetividad del niño, sobre su familia y sobre las posibilidades terapéuticas que el sistema le ofrece o le cierra. Lo que esta investigación cuestiona no es la importancia de intervenir oportunamente, sino la confusión entre detectar señales de alarma clínica y emitir un diagnóstico definitivo.

Es en relación con la presente investigación que resulta posible responder al primer objetivo específico. Al recorrer por el entendimiento del TEA a través de los intereses medibles y diagnósticos del enfoque sintomatológico conductual, se hace una extensa revisión que repasa los factores desde el área de la genética hasta los factores ambientales que terminan teniendo, a ojos del paradigma biomédico, relación con posibles causas del autismo. El recorrido histórico resulta angular para entender que siempre ha sido objeto de debate y de diversas adaptaciones diagnósticas que no solo corresponden únicamente a la clínica, sino que se envuelven en discursos sociales, políticos y económicos. Además de esto, también se logra mostrar el entendimiento del autismo desde otra disciplina, el psicoanálisis, esto al hacer una breve introducción en la dimensión estructural que se retoma y profundiza más adelante en el trabajo.

Con relación al segundo objetivo específico, se logra hacer una extensa recopilación y confrontación de los criterios y prácticas sostenidas que podrían derivar en un sobrediagnóstico por parte del enfoque sintomatológico-conductual. Dicho recorrido permite confrontar de manera superficial una teoría psicoanalítica y pone en evidencia las limitaciones y los efectos de una práctica estandarizada que no suele ser flexibilizada por los profesionales. Además de esto, el fenómeno de sobrediagnóstico responde en diferentes direcciones y no se queda únicamente en la clínica, puesto que se ve involucrado en intereses políticos y monetarios. La patologización en la infancia demuestra ser un negocio, la comercialización de los sujetos para poder así ampliar la mercantilización de la vida, la configuración de subjetividades autogestionadas y orientadas por la idea del rendimiento y el consumo. Se ha logrado observar también cómo se lleva una actualidad tomada por un discurso de inmediatez, donde las instituciones a la mínima particularidad demandan un diagnóstico y, en vista de ese diagnóstico, se ponen en juego las posibilidades del infante. Además de esto, el diagnóstico abre o cierra las puertas a las ayudas gubernamentales; bonificaciones económicas o centros de estimulación gratuitos que permitan sostener el desarrollo del niño.

Y dentro del tercer objetivo específico, se sostiene a profundidad un entendimiento exclusivamente desde una orientación psicoanalítica; se logra refutar la visión superficial conductual con una lectura que privilegia la subjetividad del infante, en lugar de buscar encasillar aquello que se sale de la norma. Direcciona la ética hacia otra perspectiva; se le da el tiempo al infante y lo que prevalece no es la obtención de un diagnóstico, sino una forma de poder sostener a este sujeto y trabajar con él de la forma menos invasiva posible. Se fundamenta en la dimensión del sujeto, con sus arreglos particulares y singularidades que hacen único el caso a caso; se profundiza en los criterios diagnósticos y en los conocimientos necesarios para poder realizar un diagnóstico diferencial lo más preciso posible, no centrando su atención en lo medible y observable, sino que abriendo la pregunta del ¿Por qué? Lo que permite un trabajo ético que corresponde a las verdaderas necesidades de este infante y de la familia que cruza la urgencia.

Las conclusiones de esta investigación no son una lista de recomendaciones técnicas, sino que resultan ser la defensa de una posición: ningún niño debería quedar

clausurado en una categoría antes de que el clínico haya tenido el tiempo lógico de encontrarlo. El autismo existe y el niño autista merece toda la atención, el rigor y el acompañamiento que la clínica puede ofrecerle. Pero ese acompañamiento solo puede comenzar genuinamente cuando el clínico se ha dado el tiempo —no cronológico, sino lógico— de encontrar al sujeto que hay detrás de las conductas que el sistema le pide que confirme.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657

Almeida, M. L., & Neves, A. S. (2020). A popularização diagnóstica do autismo: ¿Uma falsa epidemia? *Psicologia: Ciência e Profissão, 40*, e180896. https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896

Ansel, A., Rosenzweig, J. P., Zisman, P. D., Melamed, M., & Gesundheit, B. (2017). Variation in gene expression in autism spectrum disorders: An extensive review of transcriptomic studies. *Frontiers in Neuroscience, 10*, Article 601. https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00601

Araújo, A. G. R., Silva, M. A., y Zanon, R. B. (2023). Autismo, neurodiversidade e estigma: perspectivas políticas e de inclusão. *Psicologia: Educação e Pedagogia*. https://doi.org/10.1590/2175-35392023-247367

Artigas-Pallares, J., & Paula, I. (2012). Autism 70 years after Leo Kanner and Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *32*(115), 567–587. https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008

Artigas-Pallarés, J., & Paula-Pérez, I. (2015). Asignaturas pendientes del DSM-5. *Revista de Neurología*, 60(Supl. 1). https://doi.org/10.33588/rn.60s01.2015002

Babativa Salamanca, H. A., Rubiano Cárdenas, P. A., Velásquez Pérez, T., Gaona Diaz, N. F., González Ortega, J. A., & Vega Gámez, M. I. (2024). La entrevista semiestructurada: una herramienta pertinente en la percepción de valores sociales para la vida. *Revista lasallista de investigación*, *21*(1), 92–107. https://doi.org/10.22507/rli.v21n1a5

Balbuena, F. (2009). Una revisión del autismo desde el psicoanálisis. Clínica e Investigación Relacional, 3(1), 184–199. https://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/ejournalceir/v3n1_2009/16_fbalbuena_autismo-psicoanalisis_ceir_v3n1.pdf

Bernal, H. A. (2009). Las estructuras clínicas en el psicoanálisis lacaniano. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, *18*.

Bernardino, L. M. F. (2017). Mais além do autismo: a psicose infantil e seu não lugar na atual nosografía psiquiátrica. *Psicologia Argumento*, 28(61). https://doi.org/10.7213/PSICOLARGUM.V28N61.19617

Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1). https://doi.org/10.11600/1692715X.14128210715

Bianchi, E., & Rodríguez Jurado, S. (2019). Biomedicalización de los tiempos: terapéuticas, biosocialidades y cuidados cotidianos en familias de niños y niñas con diagnóstico de TEA en Buenos Aires. *Saúde e Sociedade*, 28(1). https://doi.org/10.1590/S0104-12902019171014

Binder, E. B. (2021). Genotype-phenotype predictions in autism: Are we there yet? *The American Journal of Psychiatry, 178*(1), 11–12. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20111589

Calatroni, M. (2021). ¿A qué nos referimos cuando hablamos de tratamiento del autismo? Entrevista a Iván Ruiz. *Revista de Psicología*, 10(20). https://doi.org/10.24215/2422572xe123

Campodónico, N. (2020). El psicoanálisis con niños y la estructuración subjetiva: una lectura desde la hipermodernidad sobre el niño. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 17*, 56-65. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9046789.pdf

Castañares, C., Folguera, G., y Bagatolli, L. (2021). Análisis filosófico de la concepción neurocientífica de los rasgos autistas. *Salud Colectiva*, 17. https://doi.org/10.18294/sc.2021.3809

Castro Núñez, L. (2025). *Análisis etiológico del trastorno del espectro autista* [Tesis doctoral, Universidad de Vigo]. https://www.investigo.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/11390/CastroN%C3%BA%C3%B1ez_Lydia_TD_2025.pdf?sequence=1

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Signos y síntomas de los trastornos del espectro autista*. https://www.cdc.gov/autism/es/signs-symptoms/signos-y-sintomas-de-los-trastornos-del-espectro-autista.html

Chávez, V. (2016, 17 de agosto). *Autismo en niños: Los peligros de un mal diagnóstico*. *Infobae*. https://www.infobae.com/salud/2016/08/17/autismo-en-ninos-los-peligros-de-un-mal-diagnostico/

Christiansen, M. (2023). Diagnósticos, psicofármacos e injusticia epistémica: economía de la (no)credibilidad en pacientes psiquiátricos. *Cultura y Droga*, 28(36). https://doi.org/10.17151/culdr.2023.28.36.6

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. (2017). *Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo*. Gobierno de México.

https://www.gob.mx/conadis/articulos/dia-mundial-de-concienciacion-sobre-el-autismo?idiom=es

Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2024). *Calificación y acreditación de la discapacidad en Ecuador: Requisitos y beneficios asociados*. CONADIS. https://www.consejodiscapacidades.gob.ec

Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, & Ministerio de Educación del Ecuador. (2025). *Lineamientos para la educación inclusiva y la atención a estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad*. CONADIS/Ministerio de Educación.

De Maman, D., & De Maman, L. (2026). Classificação e singularidade na clínica psicológica: uma análise crítica do DSM-5 e da CID-11. *Revista Tópicos*. https://doi.org/10.70773/revistatopicos/775976478

De Freitas, M., Benítez, P., Kumada, K., y Rocha, L. R. M. (2023). Implicações nas políticas educacionais brasileiras dos critérios diagnósticos do autismo no DSM-5 e CID-11. *Imagens da Educação*, 13(2). https://doi.org/10.4025/imagenseduc.v13i2.64107

Delagnolo, D. P. (2025). Do diagnóstico esquizofrênico ao Transtorno do Espectro Autista: transformações e implicações do DSM-5. *ARACE*, 7(9). https://doi.org/10.56238/arev7n9-195

Dominios institucionales – UCSG. (s. f.). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. https://www.ucsg.edu.ec/institutos/institutos-icseha/dominios-institucionales/

Egge, M. (2008). *El tratamiento del niño autista*. Gredos.

Einstein, A., Freud, S., & Resta, E. (2001). ¿Por qué la guerra? Editorial Minúscula.

Ekai Neuropsicología. (2018, 22 de septiembre). *Diagnósticos diferenciales en trastorno del espectro autista*. https://ekai-neuropsicologia.com/diagnosticos-diferenciales-en-trastorno-del-espectro-autista/

Equipo Autismo Murcia. (2020). *Instrumentos específicos para la evaluación TEA* (pp. 1–2). https://equipoautismomurcia.com/wp-content/uploads/2020/03/Instrumentos-para-la-evaluaci%C3%B3n-TEA.pdf

Felice, M. F. (2018). Los sujetos que habitan las fronteras. *Ciencias de la Salud Humana*, 1(1). https://doi.org/10.24054/01204211.v1.n1.2017.2872

Frances, A. (2009). Whither DSM-V? *The British Journal of Psychiatry, 195*(5), 391–399. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.073932

Frances, A. (2010). Alert to the research community—Be prepared to weigh in on DSM-V. *Psychiatric Times*, *27*, 1–2.

García Salazar, J. y Huitrado Treviño, J.C. (2024). Evolución del Autismo: Un Recorrido Histórico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(4), 9346-9359. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.13086

Gaona, V. A. (2024). Etiología del autismo. *Medicina (Buenos Aires), 84*(Supl. 1), 31–36. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802024000200031&lng=es&tlng=es

González, M. (2023, 16 de noviembre). *Signos que se confunden con autismo, sin ser autismo*. ALETA Terapia. https://www.aletaterapia.com/post/signos-que-se-confunden-con-autismo-sin-ser-autismo

González Mares, M. (2019). Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. *Revista Universitaria Digital de Ciencias Sociales (RUDICS)*, *10*(18), 92–95. https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6

González-Vega, A.M.C, Molina Sánchez, R., López Salazar, A. & López Salazar, G.L. (2022). La entrevista cualitativa como técnica de investigación en el estudio de las organizaciones. *New Trends in Qualitative Research,* Vol. 14. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2184-77702022000500004

Gómez-Esteban, R. (2022). Clínica grupal operativa: ¿un paradigma alternativo para otra clínica del sujeto? *Norte de Salud Mental*, 20(67). https://doi.org/10.4321/s0211-57352022000200007

Grosso Funes, M. L. (2021). El autismo en los manuales diagnósticos internacionales: Cambios y consecuencias en las últimas ediciones. *Revista Española de Discapacidad, 9*(1), 273–283. https://doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.15

Jofré, L. (2023). El lugar vacante del concepto de sujeto en la clínica psicoanalítica del autismo. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, *26*. https://www.scielo.br/j/rlpf/a/pM3v8jw6KbVvrGxYYgvjCCm/?lang=es

Jaramillo-Arias, P., Sampedro-Tobón, M.E., & Sánchez-Acosta, D. (2022). Perspectiva histórica del trastorno del espectro del autismo. *Acta Neurológica Colombiana*, 38(2), 91-97. https://doi.org/10.22379/24224022405

Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153-165. https://doi.org/10.11606/ISSN.1981-1624.V18I1P153-165

Frances, A. (2010). Alert to the research community—Be prepared to weigh in on DSM

Lacan, J. (2003). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* (1958). En *Escritos 2* (pp. 211–252). Siglo XXI.

Lacan, J. (2009). *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada: Un nuevo sofisma*. En *Escritos* 1 (pp. 187–203). Siglo XXI Editores.

Llanos, L. (2024). El sobrediagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) en la clínica con niños: Reflexiones sobre la diferencia entre diagnosticar y rotular. *Cuestiones de Infancia. Revista de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes, 25*(2), 75–112. https://dspace.uces.edu.ar/handle/123456789/7060

López-Chávez, C., & Larrea-Castelo, M.-de-L. (2017). Autismo en Ecuador: Un grupo social en espera de atención. *Revista Ecuatoriana de Neurología, 26*(3), 203–214. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812017000200203&lng=es&tlng=es

Loya, R. (2018). Infancia, sujeto y estructura. *Psicoanalítica*, (7), 1-15. https://doi.org/10.25009/psi.v7i0.2548

Lucero, A., & Vorcaro, Â. (2017). Entre real, simbólico e imaginario: lecturas del autismo. *Psicologia Argumento*, 28(61). https://doi.org/10.7213/PSICOLARGUM.V28I61.19839

Machado, T. S., Barone, V. H. A., Carvalho, T. B., y Araujo, J. E. (2026). Aumento da quantidade de diagnósticos de autismo nos últimos 24 anos. *Saber Digital*, 19(2). https://doi.org/10.24859/saberdigital.2026v19n2.1864

Maleval, J.-C. (2011). *El autista y su voz*. Gredos.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (5.ª ed., 2.ª reimp.). (2016). Editorial Médica Panamericana.

Martín Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A. L., & Fernández-Jaén, A. (2013). Trastornos del espectro autista. Puesta al día (II): Diagnóstico y tratamiento. *Acta Pediátrica Española, 71*(9), e261–e266. https://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/revision/download/1217_5f52012c9b58463b40324ab256d556c7

Martínez Ordoñez, M. P., Armijos Castillo, Á. V., Pacho Ochoa, J. N., Gutama Peñaloza, L. V., y Calle Lazo, B. M. (2025). Más allá del aula: perspectivas, retos y políticas para la inclusión educativa de estudiantes con autismo. *Estudios y Perspectivas*, 5(4). https://doi.org/10.61384/r.c.a..v5i4.1533

Martínez, V. L. (2013). *Paradigmas de investigación: Manual multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación*. https://pics.unison.mx/wp-content/uploads/2013/10/7_Paradigmas_de_investigacion_2013.pdf

Mayo Clinic. (2025). *Trastorno del espectro autista*. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder/symptoms-causes/syc-20352928

Mazon, M. S. (2020). Indústria farmacêutica e psiquiatria no quadro da Sociologia Econômica: uma agenda de pesquisa. *Política e Sociedade*, 18(43). https://doi.org/10.5007/2175-7984.2019v18n43p136

Mesa Osorio, L. J., Bedoya-Hernández, M., & De Francisco-León, P. A. (2021). La medicalización de la infancia como estrategia de gobierno. *Política y Sociedad*, 18. https://doi.org/10.5007/2175-7984.2020.E75325

Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador. (2024). *Programas de atención y protección social para personas con discapacidad*. MIES. https://www.inclusion.gob.ec

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Trastornos del espectro autista en niños y adolescentes: Detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento* (Guía de Práctica Clínica, 1.ª ed.). Dirección Nacional de Normatización-MSP. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/GPC_trastornos_del_espectro_autista_2017-1.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2023, 3 de abril). *APADA entregó reconocimiento al MSP por su trabajo en beneficio de las personas con autismo en Ecuador*. https://www.salud.gob.ec/apada-entrego-reconocimiento-al-msp-por-su-trabajo-en-beneficio-de-las-personas-con-autismo-en-ecuador/

Neurocupa Centro Terapéutico. (2025). *Más allá de las etiquetas: Reflexión crítica sobre métodos contemporáneos de diagnóstico del TEA*. https://www.neurocupa.com/mas-alla-de-las-etiquetas-reflexion-critica-sobre-metodos-contemporaneos-de-diagnostico-del-trastorno-

Neves, A. S., & Almeida, M. L. (2020). A escuta psicanalítica da família frente ao diagnóstico de autismo da criança. *Ágora*, 23(3). https://doi.org/10.1590/1809-44142020003008

Nieves, O. (2013). El DSM como mecanismo de psicopatologización y regulación social: el caso de los niños/as en Puerto Rico. *Quaderns de Psicologia*, 15(1). https://doi.org/10.5565/REV/QPSICOLOGIA.1164

Novoa, A. (2018). Aspectos éticos del sobrediagnóstico: entre el utilitarismo y la ética de la responsabilidad. *Atención Primaria*. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.007

Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe. (s. f.). https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes-programas-e-instrumentos/?id=46567

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (CIE-11)*. https://icd.who.int/es

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Autismo*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10.ª rev., Vol. 1; ed. de 2008). https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf

Pigna, M. (2014). *Conductas inadecuadas en el trastorno del espectro autista: Análisis e intervención* [Trabajo final integrador, Universidad de Palermo]. Repositorio Institucional. http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1622/Pigna,Mariana.pdf

Quintana, L., & Hermida, J. (2019). La hermenéutica como método de interpretación de textos en la investigación psicoanalítica. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines, 16*(2), 73–80. https://www.redalyc.org/journal/4835/483568603007/html/

Rivière, Á. (1997). *Desarrollo normal y autismo*. Universidad Autónoma de Madrid. https://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/Riviere-_Desarrollo_normal_y_Autismo.pdf

Salud y bienestar | *Agenda 2030 en América Latina y el Caribe*. (s. f.). https://agenda2030lac.org/es/ods/3-salud-y-bienestar

Salud & Medicina. (2024). *Los diagnósticos en autismo aumentan un 317% desde el año 2000*. https://saludymedicina.org/post/los-diagnosticos-en-autismo-aumentan-un-317-desde-el-ano-2000

Southwest Autism Research & Resource Center. (2025). *Autism through the years: How understanding has evolved over two decades*. https://autismcenter.org/autism-through-the-years

Teixeira, J. M., Mendes, R. O., Garcia da Silva Filho, L. C., Araújo Bittencourt, V. S., Costa, L. F., Magalhães, F. L., Oliveira, I. A., Castro, I. B., Batista, G. A., Ferro Artusi, M. V., Marques, L. D., Gomes, Y. P., Torres, M. C., Daniel de Figueiredo, W. L.,

Ferreira, L. V. (2025). Análise crítica sobre o crescimento dos diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista à luz dos avanços científicos. *LEV*, 16(47). https://doi.org/10.56238/levv16n47-110

Torres Miranda, J. A. (2017). *Procesos de estructuración subjetiva en el autismo y la psicosis* [Tesis de grado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7458/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-121.pdf

Tulcanazo Barros, G. M., & Villegas Flores, V. P. (2023). Detección temprana de trastornos y alteraciones del desarrollo. *Ciencia Latina*, 7(3). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6367

Untoiglich, G. (2007). Aspectos histórico-libidinales en niños y niñas derivados por dificultades atencionales. Los riesgos de la patologización de la infancia. Cátedra de Psicopedagogía Clínica. https://www.semanticscholar.org/paper/bc28b75b0b74244fb8f36a562e38247638ad27e7

Velarde-Incháustegui, M., Ignacio-Espíritu, M. E., & Cárdenas-Soza, A. (2021). Diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA): Adaptándonos a la nueva realidad de telesalud. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *84*(3), 175–182. https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4034

Viloca, L., & Alcácer, B. (2017). La psicoterapia psicoanalítica en personas con trastorno autista. *Temas de Psicoanálisis*, *7*, 1-29. https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/LL.-VILOCA-Y-B.-ALCACER.LA-PSICOTERAPIA-PSICOANALITICA-EN-PERSONAS-CON-TRASTORNO-AUTISTA.pdf

Walker, W. (2016). Algunas consideraciones para el uso de la metodología cualitativa en investigación social. *Foro Educacional*, *27*, 13–32. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6429426

Wang, C., Geng, H., Liu, W., & Zhang, G. (2017). Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism. *Medicine*, *96*(18), Article e6696. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000006696

Zadra, G. A. (2009). Acerca de la función del lenguaje en la constitución del sujeto en psicoanálisis. Proyecto de investigación, Universidad del Salvador. https://servicios.usal.edu.ar/proyectos/2009/2009_890.html

Zambrano Torres, J. E. (2024). *Efectos subjetivos en la construcción del neoborde a partir de la intervención psicológica con autistas* [Tesis de grado, Universidad

Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio Institucional UCSG. http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/23503

ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA A PROFESIONALES

Pregunta 1: ¿En la evaluación del TEA, qué instrumentos o criterios suele utilizar para su diagnóstico?

Entrevistados	Respuestas
Entrevistado 1	Es importante poder reconocer que desde el psicoanálisis de orientación lacaniana el autismo no es visto como un déficit, sino como un modo singular de estar en el mundo, tal como nos enseña Maleval; por eso, a pesar de que se comparta un diagnóstico de autismo, creemos que no hay soluciones generalizadas ni manuales para todos; más bien creemos en conocer y acompañar el caso por caso. Frente a esto, el diagnóstico de un sujeto autista puede construirse en base a las entrevistas a los padres, la escucha acerca de la historia del sujeto y una observación muy fina en su relación con el cuerpo, los objetos, el Otro y el lenguaje.
Entrevistado 2	En el Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante nos basamos principalmente en los criterios diagnósticos del CIE-10 y, sobre todo, en la valoración clínica integral. Consideramos la historia del desarrollo, la entrevista con los padres o cuidadores, la observación directa del niño y la experiencia clínica del equipo. En algunos casos podemos utilizar cuestionarios como el CARS como herramienta de apoyo, pero no como único elemento para establecer el diagnóstico. No utilizamos ADOS-2 ni ADI-R como parte habitual de nuestra evaluación. Para nosotros, la clínica y la experiencia del profesional tienen un papel fundamental en la valoración diagnóstica.
Entrevistado 3	Bueno, yo frente a los sujetos autistas y todos los sujetos que recibo, no, no aplico nada que no sea de la corriente psicoanalítica. Desde el 2015 aquí, porque antes estaba en otros lugares. Ya saben ustedes: colegio, institución, universidad. Pero ni siquiera ahí, siempre me ha acompañado mucho el cuestionamiento y entonces, claro, como ha sido un poco esta testaruda, me ha llevado a leer, investigar para argumentar. También lo que se dice, no, porque no se puede decir, simplemente no me gusta, no me parece y que está bien, pero bueno, mejor argumentarlo, ¿no? Entonces ni siquiera en los colegios. Yo he tenido tal vez la suerte, a pesar de que eso no existe, pero sí la posibilidad de poder siempre hablar con las autoridades e introducir. Esto es un trabajo distinto a la aplicación del test, ¿no? Entonces, imagínense ustedes en este camino que les digo; si no lo hacían relaciones de dependencia, como se llama administrativamente, mucho menos lo iba a hacer acá. Entonces, desde que fundo este lugar, desde que creo este lugar. Yo no aplico con los sujetos, los sujetos autistas, comúnmente

	llamados el espectro del TEA, ninguna herramienta, ningún recurso que responda a una orientación teórica conductual o de cualquier otra que no sea psicoanalítica, pero claro que hago un trabajo sostenido en la teoría. Una publicidad allí. Este viernes vamos a hacer presentación de casos en la Nueva Escuela Lacaniana y voy a presentar yo a un caso que acompaño hace seis años. Donde justamente los padres, que son médicos y médicos estudiosos, médicos que realmente creen en la medicina. Apuesta a este trabajo psicoanalítico. No, apuestan y debaten con la psiquiatría porque, además que tienen los elementos para hacerlo, ellos no quieren que su hijo esté sedado. De que ellos no creen que para que él deje de, por ejemplo, hacer un ruido, haya que darle medicamento. Entonces es mi oferta y también es la demanda de un trabajo que no responde a ningún test. Por supuesto que hay momentos evaluativos, porque por supuesto que sí, un padre o un colegio dice: Necesitamos que este niño sea evaluado. Si tiene autismo, no es una pregunta; no, por supuesto que hay un momento. Evaluativo para conocer en qué tiempo lógico está ese niño, para conocer qué relación tiene con el lenguaje. Nosotros hablamos de términos de estructuras, entonces por supuesto que hay todo ese trabajo, ¿no?, para luego concluir las formas de acompañamiento. Convenientes para el sujeto, pero no puedo dar cuenta de ningún tipo de herramientas porque no, no son las que me orientan y no son las que me han servido. Desde siempre no me han servido. No, yo tampoco sirvo para ese discurso. Participante 2: Igualmente, como usted menciona, ya que existe mucho como que esa demanda por parte de la institución en el que. Se avale con un papel, un certificado o algo. Pero desde acá sí se entregan documentos, o sea, claro, por eso les digo no, en este camino. También sé lo que es estar adentro de una institución. Sé los requisitos administrativos y, bueno, también hay que responder a eso, pero es ir como responder, ¿no? Yo sí tengo informes, pero son informes. Informes escritos así, letra a letra, de lo que deseo hablar con esa institución, transmitir, porque claro, uno hace un caminito y uno puede decir si entregamos informes desde acá, pero en reunión. Solo eso en reunión. La reunión es: sentémonos y muchas veces los colegios arman el séquito del rector, el coordinador y me esperan todos allí. Bueno, pero han cedido a que haya una reunión para la entrega de ese documento que habla de nada más y nada menos que los sujetos, sobre todo niños y adolescentes. Sobre todo, niños y adolescentes, si hay. No sé si diez años después. Yo diré: No, ya no, no le sirvo, no, considero que el informe hoy por hoy desde que estoy acá desde la privada. Quiero decir, sí lo hago, sí lo hago porque encuentro que hay un trabajo posible con instituciones a través de ese requisito que lo hablamos.

	Lo debatimos; están allí puestas a cuestiones como las sugerencias, pero las sugerencias son tan del detalle, que entonces se hablan y se conversan y queda guardado ese documento. Pero lo que queda realmente es la reunión. Dejamos efectos en los docentes, efectos en la institución; o sea, desde chico puede ser acogido de otra manera. Eso es muchísimo para nosotros. Certificados de asistencia cuando lo piden, qué bueno, certificado de que está asistiendo. Bueno, sí, eso, si eso lo va a sostenerlo de mejor manera institucionalmente, cedo, no, pero no cedo a que no sea personalmente el informe. Y en la práctica, por supuesto, privada, nadie va a, puede intentar, pero nadie va a poder decir que el psicólogo tiene que aplicar un método o una técnica. Eso no funciona así. No, claro, las instituciones encuentran sus formas de decir a los padres: "Vayan allí". Su hijo necesita esto y no esto, y a veces lo dicen de una manera muy sutil. A veces lo pueden decir de una forma muy agresiva, pero por eso tomo este ejemplo de este caso que les comento, que voy a hacer un recorte de este niño que acompaño hace ya seis años, porque los padres también tienen que tomar decisiones y decir. Bueno, esto sí, esto no; hay un punto de tomar decisiones también, aunque no tiene por qué saber de las técnicas y las teorías porque son padres, por supuesto. Pero justamente como padres pueden decir. Bueno, yo no quiero que a mi hijo lo entrenen; por ejemplo, lo dicen los mismos padres. Para que mi hijo deje de hacer ese ruido con el que yo creo que es un ruido con el que nos hace saber lo que quiere. No necesito que la medicina acalle ese ruido bueno. Trabajamos con subjetividades todo el tiempo. Con la subjetividad de la autoridad. Con la subjetividad del docente. Que rechaza ese niño porque ese niño le recuerda a un sobrino. Todo el tiempo están en subjetividades; allí no. Entonces hay que encontrar la manera de que estos otros nos escuchen porque en realidad lo que intentamos hacer escuchar es la voz del niño, aunque hable o no. Sus intereses, que no resiste, que lo ponen mal. ¿Por qué rechaza esa materia? Son cosas sensibles que a ratos pueden parecer obvias, pero que son importantes decirlas y hacerlas escuchar. Que no nos hacemos escuchar nosotros, sino lo que ese niño tiene para decir. Que Lacan también lo dice así. Lo que tienen para decirnos. Entonces, bueno, no. Ninguna técnica, ningún recurso de conductismo, ni ninguna otra orientación holística, lo que sea. Más que la del psicoanálisis, pero tomando en cuenta el discurso social. Por supuesto, miren ustedes lo del informe, el certificado. Y otras cosas que luego hay que ir haciendo la observación áulica cuando conviene que la institución reciba a la practicante del psicoanálisis dentro del aula, cuando mejor en el recreo, y si armamos algo. O sea, muy dócil, muy dócil, muy dócil es ir con la institución. La institución, asimismo, una por una. Pero siempre pensando en los datos clínicos que hemos podido tomar de ese caso para poder

	transmitirlo en una institución educativa y eso sobre todo en esos espacios, ¿no? Niveles primarios, secundarios, también universidad, que son todo un mundo, pero que también nos escucha y uno logra también hacer escuchar, que ya esos son otros temas, ¿no?, que si la materia repetida, que si no es la carrera que el sujeto ha elegido, que el sujeto elige justamente la carrera en la que en la que peor le va, pero quiere estudiar eso. Esos son otros temas, pero que también. Siguen siendo instituciones, instituciones sociales. Entonces. Psicoanálisis, pero llevado también a las
Entrevistado 4	A ver yo por lo general me manejo muy éticamente, porque la valoración es muy ética, es decir, sé que existen muchos instrumentos está el ADOS-2 y el ADI-R, que son como casi de cajón, pero son instrumentos que a mi criterio se terminan quedando cortos al momento de comprender la historia del sujeto y de entender también su relación con los otros. Entonces, desde mi experiencia, yo valoro también la observación clínica, estar ahí con el paciente, ver justamente su relación con los objetos, con el goce, con el lenguaje y también un poco de la historia familiar. Jamás descarto tampoco el tema médico, entonces al momento de realizar las primeras valoraciones, hago una historia de la familia, de la madre, del embarazo, descartar que haya por ahí alguna patología médica, lo que dijo el pediatra, cómo ha sido el desarrollo del niño. Por el tema del lenguaje hablado que es por el que más consultan preguntarle si ya tuvo alguna valoración con un neurólogo, que descarte que hay alguna cuestión por ahí que se esté confundiendo con un posible autismo. Pero si me tomo como el tiempo lógico necesario, el tiempo de cada sujeto. Aunque si he recibido presiones por "es que me están pidiendo el informe", trato de dejar el diagnóstico en suspenso y decir "bueno se está valorando al momento, los indicadores que se presentan son tales", pero el diagnóstico puede esperar. La historia clínica es importante, jamás se descarta, pero sirve para comprender el contexto del sujeto
Entrevistado 5	En un primer momento, generalmente trabajo el diagnóstico en equipo, junto con una compañera o un compañero. Atendemos el caso de manera conjunta. Los criterios que utilizamos son principalmente psicoanalíticos; por ejemplo, observamos cuál es la relación del niño con la voz, entendida como sonido. En el caso de niños mayores, también se puede observar si utilizan audífonos de forma constante y cómo se relacionan con estos. Sin embargo, lo más importante es establecer un diagnóstico diferencial. Por lo general, este se realiza entre psicosis y autismo; en algunos casos, también se considera la posibilidad de discapacidad intelectual. Para ello, se solicita una evaluación neurológica. A partir de esta, se puede descartar o considerar la presencia de ciertas condiciones neurológicas, aunque el abordaje clínico de la psicosis y el autismo corresponde a otro campo de análisis.

	En el diagnóstico diferencial entre psicosis y autismo, buscamos identificar cómo es la relación del niño con los objetos voz y mirada. Si se observa que un niño no tolera ser mirado o que se ve intensamente afectado por determinados ruidos, esto podría ser compatible con una presentación autista. En la psicosis, en cambio, la mirada y la voz no se presentan necesariamente como objetos de angustia, sino que pueden vincularse con fenómenos alucinatorios. Por ejemplo, el niño puede decir: "Yo escucho algo", aunque no haya una fuente externa de sonido identificable. En la psicosis, el sujeto puede utilizar estos objetos, es decir, la voz y la mirada; mientras que, en el autismo, puede dificultarse el acceso a ellos, debido a la angustia que pueden generar. Este constituye uno de los criterios que considero en la evaluación. Otro criterio es la relación con los otros. En la psicosis puede aparecer la sensación de que el otro quiere hacerle daño al sujeto o pueden presentarse manifestaciones de agresividad hacia los demás. En el autismo, en cambio, puede observarse una cierta indiferencia o un escaso interés hacia el otro. Otro criterio importante es la relación con los objetos. En la psicosis, los objetos pueden ser utilizados para fines específicos, relacionados con una forma particular de satisfacción o regocijo. En el autismo, en cambio, los objetos pueden formar parte de la relación del niño con su propio cuerpo. Por ejemplo, si un niño desea algo y utiliza un carro como objeto de interés, puede señalar aquello que quiere usando el carro, como si este funcionara como una extensión de su cuerpo. Son detalles clínicos que permiten orientar la lectura del caso. Asimismo, considero la iteración como un mecanismo relevante en el autismo. Esta consiste en la repetición de ciertas acciones, intereses u objetos y puede entenderse como un mecanismo de defensa característico. En la psicosis, en cambio, el mecanismo de defensa sería el delirio. En algún momento, el niño puede expresar algo que irrumpe en el sentido de la situación y genera la pregunta: "¿Por qué dijo eso?". Es decir, aparece un elemento que resulta difícil de integrar a lo que está ocurriendo.
Entrevistado 6	No te podría responder ninguna de estas preguntas porque mi orientación no es la conductual. No he dado diagnósticos, mi posición en la clínica es otra. De hecho, debemos ir más allá del diagnóstico. Alojar un tratamiento posible para el sufrimiento de ese sujeto, niño, adulto, autistas, psicótico, eso es una posición ética de acuerdo con la práctica que yo sostengo Bien es cierto que hay padres que piden diagnósticos, porque una institución lo está pidiendo debido a los protocolos del Ministerio de Educación dice que necesita un diagnóstico para que ese niño pueda tener adaptaciones en el grado 3.

Pregunta 2: ¿Cuáles considera que serían los alcances y las limitaciones del enfoque sintomatológico-conductual para el diagnóstico del TEA?

Entrevistados	**Respuestas**

Entrevistado 1	Conocer de manera temprana el diagnóstico puede favorecer para contar con la ayuda y el acompañamiento necesario para el niño y también para su familia, pero puede hacer que la mirada hacia el niño se limite exclusivamente a sus síntomas y no a su singularidad, ni a sus arreglos personales ni a los de sus cuidadores.
Entrevistado 2	Considero que su principal alcance es que permite identificar y organizar de manera sistemática determinadas características conductuales y signos de alerta, lo que puede facilitar la detección y orientar la evaluación. Sin embargo, una limitación sería centrarse exclusivamente en la conducta observable. En la práctica clínica es importante ir más allá del síntoma y considerar la historia del desarrollo, el contexto familiar, la forma particular en que se relaciona el niño y otras condiciones que pueden presentar manifestaciones similares.
Entrevistado 3	Bueno, yo no soy una estudiosa de esa teoría. Pero también los leo, no porque también leo los tests a ojo. Leo los tests porque me interesa. Me interesa saber lo que ellos creen que están midiendo. Me interesa saber cómo creen que lo están midiendo. Yo creo que hay algo muy claro. No en estos enfoques de las teorías. Es que está todo muy reducido a la estadística. Entonces, la estadística justamente responde. A cuestiones fijas y variables. Por ejemplo, una de ellas es el contexto social. Entonces, por supuesto que un niño de Inglaterra, un niño de Estados Unidos no va a ser el niño ecuatoriano, por ejemplo. Por ejemplo, así de manera muy amplia, pero, además, claro, se responde siempre la estadística, que es la repetición de las conductas. Entonces se convierten estas formas evaluativas en una respuesta a la estadística; todo el niño que se pone en punta, entonces no, y eso lo podemos ver de manera tangible cuando llegan los adultos, cuando llegan los padres diciendo que han tomado una prueba del Internet, que ellos mismos se han tomado una prueba y que responden a esta lista. Por eso se dice la checklist, que es el chequeo de lista. Sí, sí y sí, entonces eso me parece importante tener en cuenta que se responde a una estadística. Y, por otro lado, justamente como, sobre todo en los niños, como les digo, por ejemplo, los tests y las formas evaluativas responden muchas veces a lo que el otro dice del niño. Entonces tienen la prueba que responde la profesora. Ufa, todo lo que se mueve en la subjetividad de la docencia. Y tienes la otra parte de la prueba, que te la responde la madre, el padre. O sea, es llamativo para mí. No que se intente ubicar un diagnóstico en un sujeto sin el sujeto. Y poniendo un gran peso en lo que los otros dicen del sujeto. Ese es uno de los puntos en los que yo más insisto, que hay que tomar en consideración. Y teniendo en cuenta que justamente esos métodos y esas formas son las llamadas científicas verificables. Entonces es muy complejo. Como si pensáramos la medicina una y otra vez pensada sobre el discurso del otro.

	Por supuesto que cuando un niño, por ejemplo, va al pediatra. El padre avisa cosas, pero la evaluación es con el niño. Porque en este caso de la psicología iba a ser distinto. Eso es algo que me tiene trabajando, pensando y discutiendo también con mis colegas de hospitales, ¿no?
Entrevistado 4	Creo que dentro de los alcances esta la funcionalidad de un informe, porque tiene un lenguaje técnico que sirve para comunicarnos con otros colegas, con escuelas con instituciones y justamente ayuda a que este sujeto pueda ser tomado en cuenta para poder en algo trabajar con él, tiene como una función técnica diría. Pero en las limitaciones y peligros diría yo, es está delicadeza al momento de poner un diagnóstico presuntivo, la etiqueta termina aplastando al sujeto. Además, estos instrumentos no alcanzan para para nombrar la totalidad de una persona, lo que hacen es clasificar, nombrar, nominar, sirve para eso, pero no para terminar de dar cuenta de la posición subjetiva de una persona, entonces creo que ahí tiene una limitación porque el check list es lo que cumple y lo que no cumple, entonces, se queda un poco ahí
Entrevistado 5	Desde lo que conozco —sin considerarme un experto en este enfoque—, entiendo que una de sus limitaciones puede ser cierta rigidez en la clasificación de los patrones conductuales. Según lo que he observado, en algunos casos las manifestaciones que se interpretan como autismo podrían corresponder a una psicosis. Esto puede ocurrir porque algunos criterios diagnósticos tienden a superponerse. Históricamente, se han utilizado categorías como síndrome de Asperger y autismo en grados 1, 2 y 3. Por otro lado, se han empleado categorías relacionadas con la psicosis, como paranoia y esquizofrenia. En algunas clasificaciones diagnósticas, como la CIE-10, estas categorías han mantenido relaciones o proximidades que pueden favorecer la coexistencia o la confusión de ciertos criterios. Desde la creación del DSM-I hasta las clasificaciones actuales, los criterios diagnósticos han sufrido modificaciones. En ese proceso, las categorías vinculadas a la psicosis y al autismo, especialmente en la infancia, pueden llegar a confundirse Es decir, se priorizan los patrones. Un aspecto importante es que, en ocasiones, llegan personas adultas con diagnósticos que posteriormente se reconsideran o se modifican. Sin embargo, comunicar a una persona o a su familia, en la adultez, que el diagnóstico previo no era adecuado puede resultar complejo. En algunos casos es necesario hacerlo y, en otros, puede no serlo. Desde el psicoanálisis, considero que, en ocasiones, más importante que la etiqueta diagnóstica es la manera en que se comunica y se trabaja la situación con la persona y su familia. La familia no necesariamente tiene que conocer en profundidad las diferencias entre autismo y psicosis; lo fundamental es que reciba orientaciones útiles para la vida cotidiana. Por ejemplo, se puede sugerir una rutina específica para el niño durante las mañanas o proponer estrategias que favorezcan su bienestar.

	Como profesional, puedo orientar determinadas recomendaciones según la lectura clínica del caso. Sin embargo, la familia no siempre necesita conocer todas las distinciones teóricas para que dichas recomendaciones tengan un efecto favorable. En este proceso también aparecen factores sociales, como el estigma y las resistencias que aún existen frente a determinados diagnósticos.
Entrevistado 6	Bueno, es un poco complicado hablar de un enfoque psicológico del cual no tengo una práctica o un conocimiento epistémico extenso más allá de lo general, pero pudiera decir que es cierto que los cognitivos conductuales se centran en la conducta y cómo erradicar la conducta que no es favorable para este sujeto en este momento. Digamos se centran se centraría en completar el check list del DSM o el CIE 10 y quedarse con eso, ahora implementar sesiones de acuerdo con lo que el checklist que ha marcado.

Pregunta 3: En relación con el diagnóstico del autismo, ¿qué implicaría realizar una lectura estructural desde la clínica infantil?

Entrevistados	Respuestas
Entrevistado 1	Pensar al autismo como una estructura subjetiva implica respetar que cada sujeto autista encuentra sus modos y sus arreglos de defenderse frente a la demanda del Otro y saber que aquellos sonidos, movimientos o inclusive esos objetos que eligen son parte de su forma particular de defenderse de aquello que les resulta invasivo. Respetar esto y hacerlo parte de los encuentros podría ayudar al sujeto autista a ampliar sus intereses, aprendizajes e inclusive sus vínculos. Desde otras orientaciones conductuales, en ocasiones estos modos de defensa pretenden quitarse o derribarse; desde el psicoanálisis de orientación lacaniana hay un respeto a la singularidad del sujeto autista, a sus arreglos e invenciones y diría que no solo a ellos, sino a aquellos que lo acompañan, sus padres y sus maestros.
Entrevistado 2	Desde la clínica infantil, una lectura estructural implicaría intentar comprender al niño más allá de los síntomas que presenta. Supone observar su manera particular de relacionarse con los demás, el lenguaje, el juego, los vínculos y la forma en que se posiciona frente a su entorno. Es una mirada que busca comprender la singularidad del niño y no solamente ubicarlo dentro de una categoría diagnóstica.
Entrevistado 3	Bueno, no hay que dejar de lado el desarrollo del niño. No hay que dejar de lado. La historia del sujeto que es hablado justamente a través de los otros. Y para hablar así muy, muy analíticamente, lo que les he dicho: la relación del niño con el lenguaje y el cuerpo, por ejemplo. Es poder justamente pescar la edad del niño y el momento lógico en el que estás y cómo se está reaccionando con su cuerpo, con el lenguaje. Entonces, por ejemplo, podemos ir ubicando que hay un niño que retiene heces. Pero suelto todas las orinas. Y justamente en sesión van pasando cosas con los agujeros de ese niño.

	Insisto sobre el caso que voy a representar el viernes porque justamente tiene que ver con eso. Y comienza, por ejemplo, a hacer cosas con sus agujeros, con los agujeros de la analista. Hay algo de lo rítmico. Entonces tiene que ver con el cuerpo y comienza a ceder las heces, por ejemplo. Entonces está todo el tiempo la teoría ahí; estudia Lacaniana en la clínica, ¿no?, pero precisamente hay que hacer investigación. ¿Qué es esto de la relación del sujeto con el lenguaje? Es justamente el uso que hace ese sujeto del lenguaje. Es un sujeto que los llamados autistas brillantes no los de alto nivel, etc. Entonces nos gustó que hablen más bien verbosos. Bueno, hablan y lo paran de hablar de sus intereses específicos, como lo ha planteado ya Malevale. Entonces, no hablar desde el problema. Es que tiene esta forma particular con el lenguaje. Como lo tenemos, cada uno de nosotros es así. Tiene que ver con eso, ¿no?, y luego ya, por ejemplo. Cada caso puede ser llevado a poder leer las estructuras, ¿no?, pero ya son conceptos un poco más duros, como, por ejemplo, el objeto a, el fantasma. ¿Qué hay de eso en el autismo? ¿Cómo opera? ¿Cómo operan las neurosis? Para luego intentar preguntarse cómo opera eso en la psicosis en el autismo, pero justamente el autismo es un campo complejo porque todavía estamos debatiendo. Analista, que, en nuestro caso, que son nuestros referentes, Malevale muy bien. Está toda la investigación abierta. El otro día estaba en una clase la semana pasada. Una clase de maestría y la docente me ha preguntado por qué un estudiante lo ha preguntado, si es que, por ejemplo, la del autismo es la cuarta estructura y eso es un debate muy, muy abierto. Muy grande, y yo he respondido porque también sé en el contexto en el que estoy, que estoy en una clase de maestrantes, y he respondido que al autismo le conviene que esa pregunta aún esté abierta. Porque creo que no algunos colegas no consideran conmigo, pero que las preguntas estén abiertas porque el problema real de los niños no solo, pero sobre todo los autistas. Que aun así se resiste, pero el problema de la infancia es que rápidamente es ubicada en una categoría. Rápidamente, entonces más bien conviene sacarlos de las categorías para estas preguntas. Sí, claro, desde el psicoanálisis trabajamos con estructuras, pero lo que a mí me parece que orienta es justamente ubicarse. Ya en la última enseñanza de Lacan, la relación del sujeto con los cuerpos, la relación del sujeto con el lenguaje. Y a partir de ahí. Bueno, vamos viendo algunas cuestiones; este sujeto, por ejemplo, repite lo que el otro le dice. Bueno, vamos a ver de qué se defiende este sujeto; se defiende haciendo ruidos. Entonces, la relación de este sujeto puede ser el lenguaje. Luego el cuerpo este sujeto retiene las heces y es cuando la madre más se los pide. Este sujeto camina de una particular manera cuando va a determinado proceso; el poder leer eso, más ampliamente caso por caso, y allí poder dar cuenta de algo, si es que hay o no. Porque eso

	es diferente, hablar en términos de autismo de que era un niño que sufre y que se defiende. A su manera, y que entonces uno tiene que encontrar la forma de acompañar; esa defensa es muy distinta a decir en términos del déficit que es un niño que todavía no. Mira, es un niño que todavía no camina correctamente. Un niño que todavía no habla; son dos terrenos totalmente distintos. No ubicarse desde el lugar del saber absoluto. Eso no les conviene a los niños. No le convenga. Las personas, todos me incluyo, alimentamos los egos y entonces yo soy la especialista. Se dirijan ustedes, no chicos. Lo que tienen que hacer es esto; esto es lo que sirve. Esto es lo que le va a dar dinero; que los escucho también. Y entonces es distinto decir que la pregunta está abierta y que cada caso es una pregunta.
Entrevistado 4	Empezaré diciendo que la clínica infantil desde la orientación del psicoanálisis lacaniano, el autismo no es pensado como un déficit, ni como un desfase, sino como una posición subjetiva, única y singular, entonces creo que es la primera mirada que nos da es justamente darle a cada sujeto ese lugar único con sus agentes singulares, con el lenguaje, con el goce y con el otro.
Entrevistado 5	Como mencioné anteriormente, desde esta perspectiva, la estructura autista implica considerar varios elementos: la iteración, la relación con los objetos, la relación con el otro y la relación con el cuerpo. Estos criterios pueden ser útiles tanto en la clínica infantil como en la clínica con personas adultas, ya que algunas manifestaciones pueden mantenerse a lo largo de la vida. En ciertos casos, algunas características pueden atenuarse con el tiempo y resultar menos evidentes; en otros, pueden presentarse de manera más marcada. Por ello, la consideración de estos elementos permite ubicar, desde esta perspectiva clínica, una posible estructura autista. Considero que el diagnóstico sirve principalmente al profesional, ya que le permite orientar su posición y sus intervenciones en el trabajo clínico. Es decir, el diagnóstico no constituye un fin en sí mismo, sino una herramienta para comprender cómo acompañar al niño de una manera más adecuada. Por ejemplo, si identifico que un niño presenta una iteración o un interés recurrente por Bob Esponja, y busca relacionar diversos objetos o actividades con ese personaje, puedo tomar dicho interés como un punto de partida para la intervención. No habría nada negativo en trabajar inicialmente con aquello que le resulta familiar o significativo. Posteriormente, después de un tiempo, podría introducirse gradualmente algún elemento nuevo, como relacionar a Bob Esponja con personajes de Buscando a Nemo. Si esa propuesta no resulta de interés para el niño, se puede intentar con otra alternativa en otro momento. De esta manera, se busca ampliar progresivamente su campo de intereses y de relación con otros objetos.

	A este proceso lo denomino “suave forzamiento”. Para ello, también es necesario considerar otros aspectos de la estructura del niño. Por ejemplo, si se identifica que le agrada Bob Esponja, pero presenta una elevada sensibilidad frente a los ruidos, es importante evitar hablarle con un tono fuerte o exponerlo innecesariamente a estímulos sonoros que puedan generarle malestar. En este sentido, los criterios derivados de una lectura estructural orientan la práctica clínica, ya que permiten construir intervenciones más ajustadas a las particularidades de cada niño.
Entrevistado 6	Es necesario como practicante del psicoanálisis como profesional también con una con una práctica sostenida en la ética Que, aunque un padre no te diga, no te pregunte cuál es el diagnóstico; tú tengas esto como marca de orientación. El tratamiento posible llevar no es lo mismo para un sujeto autista que para un sujeto su psicótico mucho menos para un sujeto neurótico y en este punto es necesario tener esa guía y esa orientación para empezar sostener el tipo de intervenciones, lo que puede pasar que intervienen con un sujeto autista que termina siendo psicótico y el otro se vuelve muy invasivo o no tiene la concepción como tal de su cuerpo, sino que es un cuerpo que se deshace en piezas sueltas O que puede ser un neurótico con muchas inhibiciones. Puede parecer que en el listado del checklist cumplen en check para un niño tea, sin embargo, podría ser un niño lleno de inhibiciones. Desde el inicio la lectura estructural es lo importante, no se puede realizar intervenciones pensando en neurosis a una psicosis. Un sujeto psicótico, Va a tener sus consecuencias Como cuando hay consecuencias de las intervenciones de la buena manera o de la mala manera, puede pasar eso. Entonces no es al final sino desde el inicio. ccMe parece que Freud siempre sostenía esta cuestión de aunque uno tenga una cierta información del paciente o del sujeto que te va a visitar, Tienes que sostenerte como si fuese la primera vez de no saber. Y esa es una posición ética. Un niño que te trae un diagnóstico rápido de autismo y que el papá te consulta y no puedes asegurar que ese niño es autista, se debe sostener una posición de no saber para ahí implementar con la lectura clínica detallada Cuál es el camino posible al tratamiento posible de este niño con este sufrimiento

Pregunta 4: ¿Cuáles considera que serían los alcances y las limitaciones de realizar una lectura estructural psicoanalítica para el diagnóstico del TEA?

Entrevistados	Respuestas
Entrevistado 1	Tener en cuenta la singularidad de cada sujeto implica respetar sus arreglos propios y acompañar a que estos puedan desplegarse, pero sobre todo es una apuesta a un encuentro con el sujeto autista y una invitación a su consentimiento. Hay un dulce forzamiento, que es más bien una invitación al sujeto autista que le permite, en el mejor de los casos, tomar algo de la oferta que se le hace, sin dejar sus arreglos únicos de lado. Esto implica tiempo: de conocerlo, de

	encontrarse con él y de que él pueda consentir a este encuentro, y esto escapa lógicamente de arreglos estandarizados u objetivos de antemano; por eso es tan necesario el trabajo no solo con el sujeto autista, sino con aquellos otros que acompañan, para poder ir escuchando también aquellos arreglos singulares de sus padres, cuidadores y maestros y poder acompañarlos a que puedan ir haciendo un recorrido o una lectura del sujeto más allá de su conducta.
Entrevistado 2	Como alcance, considero que permite acercarnos a la singularidad del niño y evitar que quede reducido únicamente a una etiqueta diagnóstica. Puede aportar elementos importantes para comprender su funcionamiento y orientar la intervención. Como limitación, una lectura estructural por sí sola no debería sustituir la valoración clínica y los criterios diagnósticos utilizados institucionalmente. Considero que puede aportar a la comprensión del caso, pero debe dialogar con otras perspectivas clínicas.
Entrevistado 3	Los alcances, un poco los que hemos hablado, ya no. El trabajo social con las otras instituciones. Creo que ese alcance es. Así con tesón, como lo he dicho, análisis, pero que los efectos son sin duda muy valiosos para los niños, ¿no? Porque, por ejemplo, cuando tú acompañas a una docente que está angustiada. Se ve el efecto en cómo puede abordar a su estudiante luego. Creo que sin duda eso es uno de los mayores alcances a la familia. Por ejemplo, también no decirle a esa madre que no es la culpable de lo que le pasa al niño, que hay una responsabilidad, como lo plantea Laurent en la batalla del autismo. Es un libro que recomiendo mucho: de la culpa a la responsabilidad. Es un libro que recomiendo mucho; decía del Laurent de la batalla del autismo. De la culpa a la responsabilidad: que no hay culpa, pero sí hay responsabilidad y entonces desde ese lugar de responsabilidad, por ejemplo, decidí la terapia de los hijos, decidir medicación o no; van a ser las familias las que van a decidir sobre eso. Entonces creo que eso, creo que el trabajo con los otros alrededor del autismo es de los mayores alcances para mí desde la teoría psicoanalítica porque es, y hay que decirlo así, la única que plantea un lugar de dignidad para los propios sujetos. Y también, por supuesto, que hay limitantes, ¿no? Creo que la teoría puede ser compleja y que, frente a lo complejo, el neurótico retrocede o en una cultura. Yo diría así, me atrevería a decirlo así en una cultura de este país, de esta ciudad. Una cuestión muy local, de poca investigación, de poco, muchas veces un poco de suerte, entonces, y les suceda a todas también, no que está tomada del capitalismo, tomada de la rapidez. Entonces las personas quieren soluciones rápidas; la docente quiere saber cómo hacer con ese niño rápido, con lista, con cosas materiales, y entonces plantearles, por ejemplo, que haga un vínculo con el niño. Plantearle que lo conozca. Plantearle que indiquen los intereses que, si le gustan los dinosaurios, le pongan dinosaurio en la hoja de

	matemáticas. Es que ella pueda justamente decir: Ah, bueno, a él le gustan los dinosaurios. No arrancar los objetos a los niños en las instituciones para que no se distraigan y distraigan a los otros. Pero para eso. Uno tiene que ceder y ceder bastante, ¿no? Entonces, claro. ¿Cómo lograr el punto de la transmisión? Por eso lo pongo en el limitante y a la vez también en el alcance, pero en el inmigrante, de que claro. Tiene que haber una docente que esté interesada en conocerlo, por ejemplo. ¿Que esté interesada en ver cómo es esto que los autistas tienen objetos privilegiados? ¿Cómo es esto que a partir de los objetos yo puedo enseñar? Tiene que haber un deseo, una llamita o algo de interés. Además, por una teoría que... Qué bueno que nosotros somos los responsables, los interesados en poder transmitirla, pero que es una teoría compleja. En este contexto de lo rápido, lo volátil, el paso 1, 2, 3, no el TikTok de menos de un minuto. Estamos en esa época, no entonces, pero bueno, eso es así, ¿no?
Entrevistado 4	Como alcance, creo que darle ese lugar único al sujeto, hacer esta lectura de la posición subjetiva de una persona y no clasificatoria. Ahora, no sé si sería una limitación, pero creo que serían los tiempos, porque el tiempo es muy distinto al tiempo, por ejemplo, un programa psicoeducativo que tiene como ciertos objetivos medibles en tiempo, y el psicoanálisis siguiendo una lógica distinta, se maneja más por los efectos que hay sobre un sujeto que por las cosas que se puedan cumplir. Por ejemplo, en ciertos programas nos habíamos propuesto que en dos meses deje de aletear, me invento, entonces se está tratando de que el niño funcione normativamente todo el tiempo, pero entonces en el psicoanálisis se toma el tiempo de entender la función con el cuerpo de ese aleteo, el análisis de estas situaciones muy singulares de cada uno, de lo que se denomina una estereotipia. Por lo general lo que pasa con el diagnóstico es que es muy homogéneo, si el CIE 10 o el DSM 5 nos dice esto y se cumple ese criterio entonces es TEA, pero se deja de lado comprender la historia del sujeto.
Entrevistado 5	Considero que uno de los principales alcances de una lectura estructural psicoanalítica es la posibilidad de orientar un camino de tratamiento centrado en la subjetividad del niño. Desde esta perspectiva, atender a la subjetividad permite acceder también a aspectos corporales y cognitivos, ya que estos elementos se encuentran relacionados en la experiencia del sujeto. Dentro de la tradición psicoanalítica, se ha planteado una relación estrecha entre la subjetividad y el cuerpo. Desde las primeras experiencias clínicas de Freud, se observó que determinados síntomas corporales podían modificarse mediante un trabajo orientado hacia la vida psíquica de las personas. Por ello, al focalizar la intervención en la subjetividad, no es necesario dirigirse únicamente al cuerpo de manera directa, pues el trabajo subjetivo también puede producir efectos en otros ámbitos del funcionamiento del niño.

	Por ejemplo, si a un niño le interesa Bob Esponja, dicho interés puede utilizarse como un punto de entrada para el trabajo clínico. A partir de ese elemento, se pueden introducir actividades vinculadas con el aprendizaje, como el uso de un abecedario con personajes que le resulten significativos. De esta forma, se parte de un interés propio del niño para favorecer su participación en actividades cognitivas y cotidianas. En este sentido, la subjetividad se relaciona tanto con el cuerpo como con los procesos cognitivos. En cuanto a las limitaciones, considero que existen áreas en las que otras disciplinas pueden aportar recursos importantes. La psicopedagogía y la terapia ocupacional, por ejemplo, pueden ofrecer estrategias útiles para el aprendizaje de habilidades cotidianas, como el lavado de manos. En estos casos, el trabajo interdisciplinario resulta fundamental. Por ejemplo, si se busca enseñar al niño a lavarse las manos, se puede recurrir a elementos relacionados con sus intereses particulares, como una toalla, un jabón o un material visual de su personaje favorito. Si el niño tiene afinidad por Spiderman, podría utilizarse un jabón con ese personaje como recurso para facilitar su aceptación de la actividad. Desde la lectura psicoanalítica, el profesional puede identificar los intereses, las iteraciones y los elementos significativos para el niño. Posteriormente, esta información puede compartirse con otros profesionales, como psicopedagogos o terapeutas ocupacionales, quienes pueden aplicarla mediante técnicas específicas de enseñanza o acompañamiento. Por ello, las limitaciones de este enfoque no necesariamente deben entenderse como aspectos negativos, sino como oportunidades para el trabajo interdisciplinario. No considero pertinente establecer rivalidades entre corrientes o disciplinas. Cada profesional puede contribuir desde su área, siempre que se mantenga la consideración de la subjetividad del niño. En algunos casos, una persona puede iniciar un proceso psicoanalítico y, posteriormente, continuar con otro tipo de intervención. Esto no significa necesariamente que su tratamiento haya sido perjudicial; puede responder a las necesidades, decisiones y trayectorias particulares de cada sujeto. En el caso de niños con TEA, distintos profesionales pueden aportar recursos valiosos, especialmente si se tiene en cuenta la singularidad del niño y se procura disminuir su malestar.
Entrevistado 6	Estaba pensando en las limitaciones, ¿Cuál sería tu alcance? Cuando atiendes a un paciente y un sujeto autista encerrado en sí mismo en su mundo. Y te toca implementar un distinto tipo de intervenciones para adentrarse a su mundo. Y hacer que este sujeto se interese por el otro. Leyendo el mundo con la lógica que lee no es sin eso para que este sujeto se intereses y empezar a engancharlo a una cadena un poco más extensa de sus intereses específicos. Sus objetos específicos película Favoritas o animación favorita etcétera. ¿Cuál sería el alcance de esto? Me parecería que, de la buena manera, que el sujeto pueda vivir más tranquilo en el mundo

	De la realidad rodeado de sus intereses que lo sostienen para querer estar en el mundo de los demás. ¿Cuál serían las limitaciones? Es muy importante el trabajo con los padres. No como una limitación sino como. Una apuesta decidida que tú sabes que trabajar como un niño, no solo si es un artista. Significa también sostener un trabajo con los padres. Porque no es sin los padres. Quizás sería una limitación no tener esa claridad.

Pregunta 5: ¿Qué lugar ocupa la subjetividad del niño en una lectura estructural del TEA frente a una etiqueta diagnóstica?

Entrevistados	Respuestas
Entrevistado 1	El diagnóstico puede ser un orientador, muchas veces necesario para las instituciones o los padres; sin embargo, detrás de cada diagnóstico hay un sujeto por conocer, arreglos inéditos y una forma única de estar en el mundo. Desde el psicoanálisis de orientación lacaniana estamos convocados a conversar con otras disciplinas y desde ahí crear espacios de escucha para que algo pueda construirse alrededor del sujeto autista. ¿Qué se dice de él más allá del diagnóstico? ¿Qué dicen sus maestros? ¿Qué encuentros tienen con sus padres? Y desde ese decir de cada actor que acompaña al sujeto autista, reconocer aquello que les permitan ir teniendo una lectura del sujeto más allá de un diagnóstico estandarizado. Esto podría permitir: - A los maestros, conocer al sujeto autista y respetar sus modos únicos, así mismo poder tener invenciones en relación a su propia transmisión del saber hacia ese sujeto, más allá de una transición para todos. - A los padres, autorizarse de su saber acerca de sus hijos, más allá de estándares. - Al sujeto autista, ser nombrado desde sus arreglos y posibilidades, más allá de un diagnóstico estandarizado, así como desplegar sus soluciones singulares y con eso abrirse a nuevas experiencias sin que estas se vivan de manera intrusiva.
Entrevistado 2	La subjetividad ocupa un lugar muy importante. El diagnóstico es una referencia clínica que nos permite orientar la intervención, pero no define al niño en su totalidad. Cada niño tiene una manera particular de comunicarse, vincularse, jugar, aprender y expresar sus necesidades. Por eso considero fundamental mirar al niño más allá de la etiqueta y reconocer tanto sus dificultades como sus recursos y potencialidades.
Entrevistado 3	Bueno, si es una etiqueta diagnóstica, no como etiqueta, no habría ningún lugar. Pero creo que sí se habla en términos de diagnóstico. Creo que es posible plantear un lugar de dignidad incluso con el diagnóstico. Si un hospital, por ejemplo, le otorga, lo que pasa. Acá un hospital de niños le otorga el diagnóstico de autismo porque le han aplicado los tests. Si el niño llega a la consulta al centro, no. De la

	orientación analítica analista, el practicante de su análisis. ¿Podrá hacer con eso? O sea, hay más allá del diagnóstico. Tampoco es que se vaya a plantear de que no se den diagnósticos a los chicos. Tampoco va por ahí, no, pero inclusive con el diagnóstico. No encontrar allí el sujeto en todo ese diagnóstico.
Entrevistado 4	La posición subjetiva ocupa un lugar principal porque es la lectura que incluso orienta la dirección a la cura. Justamente es como este ser se ha posicionado en la vida frente al otro y frente al lenguaje. Entonces es el mismo quien nos va a guiar por dónde ir, por donde va a consentir que vaya un posible tratamiento, entonces creo que ocupa el lugar principal y es importante porque justamente eso lo vuelve singular y lo saca de la etiqueta, deja de ser una estadística más de TEA para ser un sujeto que tiene sus arreglos con el arte, tal vez sus arreglos con la música, tal vez de sus arreglos con las letras, no lo sé, cada uno hace sus arreglos más o menos interesantes ahí y eso es lo que lo hace único más allá de la etiqueta, de estás denominaciones de TEA y ahora lo hacen llamar neurodivergentes también, entonces la gente se queda muy perdida en esta parte muy superficial de que este es TEA o es neurodivergente, pero olvida lo que a este sujeto lo hace único.
Entrevistado 5	Sí, he observado un aumento considerable en los diagnósticos de TEA durante los últimos años. Desde mi investigación personal, aunque todavía no he desarrollado estos planteamientos de manera formal, considero que una posible explicación se relaciona con la exposición temprana y sostenida de los niños a estímulos externos provenientes de dispositivos tecnológicos. He observado que muchos niños nacidos aproximadamente entre 2010 y 2020 han tenido un contacto frecuente con teléfonos celulares, pantallas, colores intensos y contenidos audiovisuales desde edades tempranas. Algunos programas, además, presentan ritmos de edición acelerados, los cuales, desde mi perspectiva, pueden resultar excesivamente estimulantes para los niños. Considero que esta exposición puede tener efectos en la atención, el desarrollo y la experiencia emocional infantil. Los niños no siempre pueden diferenciar claramente entre los estímulos que reciben y sus efectos emocionales; por ello, estos aspectos se encuentran estrechamente relacionados. Desde esta lectura, la sobreestimulación podría dificultar el despliegue de lo que Freud denominó pulsión epistemofílica, entendida como el deseo de saber o de conocer. Si el niño recibe información y estímulos de manera constante, podría disminuir su disposición a buscar, preguntar o dirigirse al otro para obtener conocimiento. La pulsión epistemofílica se relaciona con el deseo de saber, y este puede verse disminuido. También puede considerarse el pasaje del grito al llanto y del llanto a la demanda. Cuando existen dificultades en la constitución de la demanda, pueden aparecer ciertas disrupciones en el proceso de relación con el otro.

	Lo importante es que, dentro de esta lógica, algunos efectos de la sobreestimulación pueden asemejarse a dificultades en el lenguaje. Por esta razón, la ausencia o el retraso en el lenguaje no constituye, por sí solo, un criterio suficiente para concluir que un niño presenta autismo. En la actualidad, resulta necesario considerar otros aspectos, especialmente la relación del niño con los objetos. Un niño puede hablar o no hacerlo; sin embargo, desde esta lectura, si su relación con los objetos presenta características iterativas, podría tratarse de un indicador que oriente hacia el autismo. Si dicha relación no es iterativa, sería necesario explorar otras posibilidades clínicas. También pueden intervenir factores familiares, como la ausencia de los padres por motivos laborales o el cuidado del niño por parte de personas externas al núcleo familiar. Desde una lectura lacaniana, estos factores pueden incidir en la construcción de referencias simbólicas dentro de la familia y en la relación del niño con el lenguaje. Por ejemplo, el entrevistado señala que, en determinadas condiciones familiares, los niños pueden contar con poco tiempo de interacción con sus padres. Si los encuentros cotidianos son breves y los adultos se encuentran cansados, puede resultar más difícil sostener espacios de intercambio simbólico y de comunicación. Estas condiciones podrían contribuir a que el niño presente demoras en el desarrollo del lenguaje; sin embargo, esto no implica necesariamente que sea autista. En conclusión, desde esta perspectiva, es necesario analizar los distintos elementos que aparecen en la clínica antes de atribuir una dificultad del lenguaje o de interacción social exclusivamente al TEA.
Entrevistado 6	De la buena manera me gustaría decir que es lo principal. Me preguntaste desde el punto de vista del psicoanálisis. Sí es el psicoanálisis. Yo a tu pregunta y le quitaría incluso lo del Tea. Porque es la singularidad del niño en cualquier estructura es lo primordial, incluso del sujeto Que llegaba consulta un practicante del psicoanálisis o un psicoanalista. Si no tenemos la claridad de sostener la singularidad de su subjetividad, nos estamos llevando hacia lo otro, no a dejarnos llevar por el río inmenso de la sociedad. En cuanto a todo el montón de etiquetas que las hay claro y cuando nos dejamos llevar el rio inmenso que la sociedad nos impone cada vez. Estamos perdiendo el horizonte de la singularidad de este sujeto nos estamos dejando llevar por las Generalidades. te puedo decir que en términos generales hay estructuras; Neurosis. Incluso dentro de la fibrosis. La obsesión y en términos generales podríamos entender un poco cómo funciona la histeria y la obsesión, pero en términos circulares la forma de gozar que tiene Sócrates No es de la misma forma de gozar que tiene Platón. Y ahí hay la diferencia entre lo general y lo singular. Por lo general que puede ser de lo que estudiamos de la neurosis de la histeria de la obsesión, pero eso

	no significa y no hay garantía alguna de que todos gocen de la misma manera. Y esa es un detalle muy específico entre lo general y lo singular. Trabajamos con eso con lo singular más allá del diagnóstico más allá de la etiqueta. Me parece que desde el psicoanálisis. No hay una práctica sin ética. Porque eso es lo que nos permite sostener a un sujeto con toda su dignidad. Para su posición subjetiva y su forma de gozar y de sufrir en el mundo. No solo con los niños autistas.

Pregunta 6: En su experiencia, ¿diría que ha observado un aumento de los diagnósticos de TEA en los últimos años? ¿A qué cree que se debe?

Entrevistados	Respuestas
Entrevistado 1	Actualmente llegan más niños con un diagnóstico de autismo a la consulta; es importante recalcar que no todos tienen ese diagnóstico. Estamos en una época en donde hay una proliferación de información y de diagnósticos; el autismo es un tema que le interesa a la ciencia, a la educación e inclusive a las políticas. Muchos padres e instituciones muchas veces solicitan un diagnóstico, habiendo ya investigado o consultado información; sin embargo, es importante un tiempo para conocer al sujeto y sus arreglos singulares, así evitar que quede en un lugar generalizado de diagnóstico o etiqueta y poder acompañar a aquellos que acompañan: padres, cuidadores y maestros, a que puedan tener una mirada más allá de un diagnóstico, una mirada al sujeto y a sus arreglos únicos.
Entrevistado 2	Sí, considero que actualmente existe una mayor identificación de casos de TEA. Esto puede relacionarse con una mayor sensibilización de las familias y de los profesionales, un mejor reconocimiento de las características del espectro y una mayor búsqueda de atención especializada. También existe actualmente mayor información disponible, lo que hace que las familias consulten ante determinadas conductas o características del desarrollo que anteriormente podían pasar desapercibidas.
Entrevistado 3	Considero que atravesamos un momento social complejo, caracterizado por la aceleración del capitalismo y el predominio de lo digital. Desde una lectura lacaniana, esto puede relacionarse con lo que Lacan denominó el "decaimiento del Nombre-del-Padre". En este contexto, se observa un debilitamiento de ciertas referencias de autoridad, lo cual puede afectar a diferentes sujetos, incluidos niños, adolescentes y personas con autismo. Este fenómeno también se vincula con las investigaciones que he desarrollado. Cada época sitúa a los sujetos en condiciones particulares. Actualmente vivimos en una época marcada por lo digital, lo que puede llevar a que los niños establezcan relaciones específicas con su cuerpo, el lenguaje y los demás. Sin embargo, el problema surge cuando estas características son interpretadas de manera generalizada como signos de autismo. Un

	niño puede presentar conductas que parezcan autistas sin ser necesariamente autista. Esta es una de las complejidades centrales del tema. He observado este fenómeno especialmente desde aproximadamente 2015 hasta la actualidad. Aunque no se trata de un periodo muy extenso, es posible identificar, en la clínica infantil, formas de vínculo social cada vez más frágiles y disueltas. Desde esta perspectiva, dichas transformaciones pueden relacionarse con la rapidez de la lógica capitalista y afectar diversas estructuras clínicas, como la neurosis, la psicosis y el autismo. Por ejemplo, los niños que atravesaron la pandemia suelen ser nombrados socialmente como "niños de la pandemia". Algunas personas construyen explicaciones sobre ellos a partir de ideas como el encierro, la falta de juego al aire libre o la reducción de la interacción presencial con otros niños. Estas denominaciones reflejan intentos sociales de explicar ciertas características observadas en esa generación. No obstante, considero que elementos como la tecnología, la fragilidad de los vínculos sociales y determinadas experiencias vinculadas con la pandemia pueden favorecer que algunos niños se muestren más solitarios, presenten ciertas particularidades o establezcan relaciones diferentes con los otros, el lenguaje y el propio cuerpo. Sin embargo, estas características, por sí solas, no permiten afirmar que un niño sea autista.
Entrevistado 4	Si, creo que el profesional muchas veces se deja guiar, justamente por protocolos diagnósticos y se olvida justamente de hacer esta lectura única de la clínica; de primero esperar y escuchar a un sujeto aun cuando no hable, escuchar justamente ese no hablar, ese no decir, entonces hay un apresuramiento y en mi experiencia muchos padres ya vienen con esto de "es que es autista porque vi en un vídeo", entonces comienzan ya a nombrar a ese niño desde ese lugar, le dan un lugar desde esa etiqueta. Entonces hay muchos profesionales, no quiero desmerecer, pero justamente se dejan llevar por eso. Y me pasó en un caso donde trabajo, había un niño que de hecho la mamá se puso muy molesta y con toda razón porque dentro de los archivos habían puesto que había un presunto autismo, aun cuando incluso en meses no se puede hacer eso lo habían puesto. Entonces llega la mamá y dice cómo va a ser posible que lo etiqueten de esa manera. Y las profesoras junto con la otra psicóloga, tenían esta misma noción, no es que mira, no socializa, no mira, no habla, se queda quieto, tiene como problemas motores; que de hecho sí era verdad, el niño tenía por ahí alguna cuestión que comprometía su psiquismo y digamos la posición de este niño era como muy quieta muy de no socializar, pero cuando me he detenido a verlo, la verdad es que el niño no es autista, no es así estructuralmente, hay algo ahí que lo pone en compromiso psíquico, pero que no responde a una posición como tal. En un primer lugar, si lo habían diagnosticado así, lo que hice fue sugerir que empecemos de nuevo la lectura desde cero, derivarlo a otro colega. Entonces la sorpresa fue justamente esa, que se está

	trabajando otras cuestiones, pero se descarta el tema del autismo. De hecho, eso cambió incluso la visión de las maestras sobre el niño, del resto sobre el niño, el niño responde, el niño tal vez no habla, pero si uno saluda, el saluda. Pero justamente pasa esto, que se dejan llevar por el tema nuevamente del check list del DSM, de los protocolos y se olvidan tal vez de revisar bien otras cuestiones. Y sí, se sobre diagnostica, pero no quiere decir que haya más autistas, quiere decir que hay más diagnósticos, que hay una inflación de diagnósticos increíbles, créanme que de cada cinco o seis informes que han llegado a mí con diagnóstico de autismo por lo menos cuatro no eran, justamente creo que lo que ha llevado a que se infle el diagnostico. Recuerdo que hace algunos años atrás pasaba lo mismo, pero con el TDAH, entonces cualquier niño era, no es que mira este niño no logra mantener la atención, yo creo que tiene algún TDAH. Les decía, "bueno eso no lo sabemos acá en la escuela, en tal caso, revisemos, seamos pacientes, esperemos" también a veces invitar un poco a eso, porque todo lo que vemos que no entra dentro de la norma, para nosotros es "algo no anda o algo está mal ahí" y queremos enseguida darle un nombre y claro, eso es como muy neurótico, me parece, como no puedo con esta angustia la incertidumbre tengo que buscar la manera de aunque sea gestálticamente completar eso y darle un nombre que tenga un sentido para mí. Entonces también se juega un poco ahí el tema de la subjetividad social y de cada uno y en apresurar estas cosas y no estar sin saber todo el tiempo.
Entrevistado 5	Sí, he observado un aumento considerable en los diagnósticos de TEA durante los últimos años. Desde mi investigación personal, aunque todavía no he desarrollado estos planteamientos de manera formal, considero que una posible explicación se relaciona con la exposición temprana y sostenida de los niños a estímulos externos provenientes de dispositivos tecnológicos. He observado que muchos niños nacidos aproximadamente entre 2010 y 2020 han tenido un contacto frecuente con teléfonos celulares, pantallas, colores intensos y contenidos audiovisuales desde edades tempranas. Algunos programas, además, presentan ritmos de edición acelerados, los cuales, desde mi perspectiva, pueden resultar excesivamente estimulantes para los niños. Considero que esta exposición puede tener efectos en la atención, el desarrollo y la experiencia emocional infantil. Los niños no siempre pueden diferenciar claramente entre los estímulos que reciben y sus efectos emocionales; por ello, estos aspectos se encuentran estrechamente relacionados. Desde esta lectura, la sobreestimulación podría dificultar el despliegue de lo que Freud denominó pulsión epistemofílica, entendida como el deseo de saber o de conocer. Si el niño recibe información y estímulos de manera constante, podría disminuir su disposición a buscar, preguntar o dirigirse al otro para obtener conocimiento.

	La pulsión epistemofílica se relaciona con el deseo de saber, y este puede verse disminuido. También puede considerarse el pasaje del grito al llanto y del llanto a la demanda. Cuando existen dificultades en la constitución de la demanda, pueden aparecer ciertas disrupciones en el proceso de relación con el otro. Lo importante es que, dentro de esta lógica, algunos efectos de la sobreestimulación pueden asemejarse a dificultades en el lenguaje. Por esta razón, la ausencia o el retraso en el lenguaje no constituye, por sí solo, un criterio suficiente para concluir que un niño presenta autismo. En la actualidad, resulta necesario considerar otros aspectos, especialmente la relación del niño con los objetos. Un niño puede hablar o no hacerlo; sin embargo, desde esta lectura, si su relación con los objetos presenta características iterativas, podría tratarse de un indicador que oriente hacia el autismo. Si dicha relación no es iterativa, sería necesario explorar otras posibilidades clínicas. También pueden intervenir factores familiares, como la ausencia de los padres por motivos laborales o el cuidado del niño por parte de personas externas al núcleo familiar. Desde una lectura lacaniana, estos factores pueden incidir en la construcción de referencias simbólicas dentro de la familia y en la relación del niño con el lenguaje. Por ejemplo, el entrevistado señala que, en determinadas condiciones familiares, los niños pueden contar con poco tiempo de interacción con sus padres. Si los encuentros cotidianos son breves y los adultos se encuentran cansados, puede resultar más difícil sostener espacios de intercambio simbólico y de comunicación. Estas condiciones podrían contribuir a que el niño presente demoras en el desarrollo del lenguaje; sin embargo, esto no implica necesariamente que sea autista. En conclusión, desde esta perspectiva, es necesario analizar los distintos elementos que aparecen en la clínica antes de atribuir una dificultad del lenguaje o de interacción social exclusivamente al TEA.
Entrevistado 6	Si, También hay más malos diagnósticos. Me ha tocado Comprobar lo contrario y guiar toda una dinámica familiar a apuntar la urgencia hacia otro lugar. ¿Qué puede pasar cuando un niño está diagnosticado como tea y una psicosis desencadenada? Puede tener consecuencias muy graves. Pero es algo que ya los padres habían asumido porque ha habido un diagnóstico previo sostenido en la primera infancia. Y ahí fue una posición ética del Cómo sostener el trabajo con este niño y con estos padres para orientarlos a lo que es lo mejor posible para el niño saliendo de la urgencia en la que puede ir encontrarse en un desencadenamiento inminente. Y estas cosas pueden pasar en la actualidad. En términos generales ahí sí, te podría decir que en efecto no estamos viviendo en la época de la familia victoriana. No vivimos en la época de donde vive Freud donde el padre era el padre y la conformación familiar era a partir de La función paterna tal como

	es. De hecho, hemos visto una caída de la función paterna bastante inminente y por eso podríamos ver subjetividades mucho más frágiles. Hay un texto. De un autor argentino Ernesto Sinatra en donde él habla sobre las adicciones con X. Y habla como. ¿Tiene como esta esta frase que dice? A. Padres pulverizados, Goces pluralizados. Que hay una infinidad de goce que no podríamos ver sino en la clínica actual. Y esta cuestión del padre pulverizado significa que No es que dejó de existir, sino que es un padre que tiene las partículas tan diminutas volátiles existiendo, y no es el padre que representa en la familia victoriana que podía sostener y hacer la función de la metáfora paterna en el Edipo y que el sujeto resulte neurótico. Antes de los pasos del Edipo términos estructurales está la psicosis cuando pasas el tiempo cero del Edipo para que empiece a crear la metáfora paterna y ya estás del otro lado. De la neurosis. Pero la función del nombre del Padre porque es una función. Es cierto que en esta época se ve más desdibujada o pulverizada.

Pregunta 7: ¿En la clínica actual cree que existan prácticas que favorezcan el sobrediagnóstico del TEA?

Entrevistados	Respuestas
Entrevistado 1	Algunas prácticas clasificatorias que buscan reducir al sujeto a un número de síntomas, así como prácticas educativas que buscan reeducar al sujeto autista y adaptarlo a conductas, y algunas prácticas médicas, pero frente a esto el autista se resiste y se encapsula aún más. Estas prácticas podrían reducir al sujeto a una clasificación diagnóstica y obturar lo que hay de singular en ese sujeto. El psicoanálisis se orienta por el acompañamiento y escucha al sujeto autista, aun donde en ocasiones no hay palabras.
Entrevistado 2	Sí, puede existir el riesgo cuando se interpreta una conducta aislada como suficiente para establecer un diagnóstico o cuando se utilizan cuestionarios de manera descontextualizada. También puede favorecerlo no realizar un diagnóstico diferencial adecuado y no considerar la historia evolutiva y el contexto del niño. Por eso considero fundamental que el diagnóstico sea producto de una valoración clínica completa y no únicamente del resultado de un instrumento.
Entrevistado 3	Sí. Como he mencionado anteriormente, en el contexto local, particularmente en Ecuador, se ha observado un crecimiento importante de centros de atención psicológica y de profesionales que, poco después de egresar, establecen consultorios o espacios especializados de atención. Algunos de estos espacios utilizan modalidades de evaluación muy concretas y rápidas. Desde mi perspectiva, esto puede favorecer que se emitan diagnósticos de TEA con mayor frecuencia, sin que necesariamente pueda afirmarse que exista un aumento equivalente de personas autistas.

	No puedo sostener que haya aumentado el autismo como tal. Más bien, considero que atravesamos una época marcada por la fragilidad de los vínculos y por determinadas transformaciones sociales. Sin embargo, sí observo un incremento en la cantidad de centros y profesionales que diagnostican TEA de manera cada vez más frecuente. Esto podría relacionarse con la forma en que algunos colegas han configurado su práctica clínica. Sería necesario analizar, en cada caso, qué factores influyen en esta tendencia y qué criterios se utilizan para establecer estos diagnósticos. Actualmente, también se observa un aumento de profesionales que se presentan como especialistas en autismo. Desde esta perspectiva, sería pertinente cuestionar si este crecimiento responde únicamente a una necesidad clínica, a una mayor demanda social o a otros elementos que influyen en la configuración de estos servicios.
Entrevistado 4	No sé si decir que sí, aunque evidentemente pareciera que sí, que hay prácticas que pareciera que contribuyeran, yo creería que muchas prácticas también responden a este orden y discurso social de vender, de que todos son marketing, de tal vez "yo necesito que tal vez a mi centro vengan más", entonces obviamente yo dentro de mi paquete pongo que en cuatro sesiones yo lo diagnostico y de una vez vendo el paquete para ayudarle con esta problemática. Pero sí, creo que responden también a un orden económico, a un orden social de tener todo nominado, etiquetado y nombrado. Y creo que esto va moldeando también un poco la práctica de cada uno, yo creo que en ese sentido el psicoanálisis nos invita a ser cautos y a esperar a no caer en esta en esta sobreproducción.
Entrevistado 5	Sí. Considero que una de las prácticas que puede favorecer el sobrediagnóstico es el uso de los grados diagnósticos. He encontrado incluso personas que se autodiagnostican a partir de estas categorías. Esto se relaciona con el diagnóstico entendido como un nombre o una etiqueta con la cual una persona puede identificarse. Por ejemplo, cuando una persona crece en una familia en la que existen referencias identitarias claras, puede sentirse identificada, para bien o para mal, con determinados lugares o mandatos familiares. Si una familia está vinculada a la medicina, la música u otro oficio, el hijo puede construir parte de su identidad en relación con esa tradición. Sin embargo, en situaciones en las que los padres no se sienten identificados con su propio trabajo o no pueden transmitir referencias simbólicas claras a sus hijos, puede producirse una dificultad en la construcción de esa identificación. En esos casos, el sujeto puede buscar otras formas de nombrarse. Como ejemplo, los apellidos también pueden guardar relación con ciertos oficios: "Cabrera" puede asociarse con el cuidado de cabras y "Herrera" con la herrería. Desde esta perspectiva, cuando el nombre del padre o las referencias simbólicas familiares dejan

	de transmitirse de manera significativa, el sujeto puede necesitar otros recursos para construir una identidad. Durante la adolescencia, esta necesidad puede expresarse a través de preguntas como: "¿Qué soy?". En ese contexto, los diagnósticos pueden utilizarse como una forma de nombrarse y de encontrar una explicación a aquello que la persona experimenta. Desde aproximadamente 2012, se ha observado una mayor presencia de aplicaciones, cuestionarios y pruebas en línea relacionadas con la salud mental. Antes, algunas personas podían identificarse con categorías como los signos zodiacales; actualmente, pueden decir: "Soy depresivo" o "soy autista". Desde esta mirada, ambas formas de identificación pueden cumplir una función similar: ofrecer una explicación externa con la cual la persona intenta comprenderse o definirse. Algunas personas realizan cuestionarios de autismo disponibles en internet, incluso pagando por ellos, y posteriormente asumen sus resultados como un diagnóstico definitivo. A partir de ello, pueden construir una identidad alrededor de la etiqueta diagnóstica y compartir su experiencia en redes sociales. En este sentido, el entrevistado plantea que, en ciertos contextos, el DSM puede ser utilizado como una forma de identificación semejante a la que antes ocupaban otras categorías sociales o culturales. No afirmo que los profesionales utilicen el diagnóstico de esa manera. Sin embargo, esta necesidad de encontrar un nombre para la propia experiencia puede observarse con frecuencia en las redes sociales. Jean-Claude Maleval, por ejemplo, aborda esta cuestión en su obra La emergencia de los falsos autistas. Desde esta perspectiva, las personas no necesariamente buscan identificarse con un diagnóstico de forma intencional o engañosa; más bien, pueden requerir una referencia que les permita organizar su experiencia subjetiva. Cuando una persona, una familia o una sociedad se encuentran desprovistas de referencias simbólicas que favorezcan la identificación, puede resultar más fácil adoptar cualquier significante disponible, incluso si este resulta perjudicial. El entrevistado relaciona esta situación con otros fenómenos sociales, como la incorporación de jóvenes a grupos delictivos, en los que pueden encontrar una forma de pertenencia o identidad. En este punto puede considerarse el discurso capitalista, entendido como un discurso orientado a la producción y el consumo de objetos. En contraste, el discurso del amo se relaciona, desde esta lectura, con una función de autoridad y con la figura paterna. La figura del padre puede operar como una referencia simbólica que organiza ciertos lugares e identificaciones. Sin embargo, el padre no posee un saber absoluto, aunque pueda ser percibido inicialmente por los hijos como una figura que lo sabe todo o como una especie de "superhéroe". Desde esta perspectiva, cuando el discurso capitalista adquiere un carácter predominante, las referencias simbólicas tradicionales pueden perder parte de su función en la constitución subjetiva. Así,

	aquello que antes podía contribuir a la formación de un sujeto pasa a orientarse principalmente hacia la producción y el consumo de objetos. En consecuencia, la persona puede sentir la necesidad de identificarse con alguna categoría para no quedar situada únicamente como objeto de consumo, de las redes sociales o de exigencias laborales. La búsqueda de una etiqueta diagnóstica puede funcionar, entonces, como un intento de construir una posición subjetiva frente a estas condiciones.
Entrevistado 6	Una prácticacc que no se llega a sostener en una ética puede cometer errores, entre ellos podría derivar en un mal diagnóstico, a pesar de que no me remito a un diagnóstico, sino que el trabajo está en la orientación de los padres en la angustia de conocer que es lo que ocurre con su hijo, creo que hay practicas apresuradas que si pueden llegar a favorecer un sobrediagnóstico.

Pregunta 8: ¿Considera que un enfoque sintomatológico-conductual podría derivar en un sobrediagnóstico del TEA?

Entrevistados	Respuestas
Entrevistado 1	Sí, podría ser, cuando los síntomas se observan sin considerar la lógica subjetiva de cada uno, sí.
Entrevistado 2	Podría ocurrir si se utiliza de manera rígida y se consideran únicamente las conductas observables, sin analizar su contexto ni la historia del desarrollo. Sin embargo, no considero que el enfoque en sí mismo sea el responsable del sobrediagnóstico. El riesgo aparece cuando se convierte en la única vía de valoración. La experiencia clínica permite integrar los síntomas con la historia y las particularidades de cada niño antes de establecer una conclusión diagnóstica.
Entrevistado 3	Sí, sin duda. Como hemos conversado, un enfoque centrado exclusivamente en síntomas observables puede favorecer conclusiones diagnósticas apresuradas. Por ejemplo, algunas evaluaciones se enfocan en preguntas como: "¿A qué edad comenzó a hablar?", "¿Camina en puntas?" o "¿Realiza determinada conducta?". Estas preguntas se dirigen a identificar aquello que el niño hizo o no hizo, así como las conductas que actualmente presenta o no presenta. Sin embargo, si se consideran de manera aislada, pueden resultar insuficientes para establecer un diagnóstico diferencial. Por ejemplo, resulta difícil realizar un diagnóstico diferencial entre autismo y psicosis únicamente a partir de un cuestionario o una prueba basada en patrones conductuales. Para ello, también sería necesario explorar aspectos clínicos más amplios, como posibles manifestaciones de psicosis infantil, la presencia de experiencias perceptivas inusuales o fenómenos que el entrevistado denomina "delirios auditivos". Desde esta perspectiva, una evaluación centrada solamente en síntomas observables puede dejar de lado elementos relevantes de

	la experiencia subjetiva del niño. Por ello, el entrevistado considera importante complementar la observación conductual con una evaluación clínica más amplia que permita analizar la singularidad de cada caso.
Entrevistado 4	Probablemente sí, retomo algo de lo que decíamos al inicio es que estos protocolos y manuales que se guían por lo que se debería y no se debería hacer a tal edad, que estaría y qué no estaría correcto. Entonces creo que esto de cierta manera va volviéndose una norma al momento de diagnosticar en muchos casos, entonces si el niño no permanece sentado y hace los famosos berrinches, como que un niño no lo hiciera, entonces ya podíamos por ahí ir sospechando de un posible TEA. Creo que sí, que estas prácticas ayudan a que se siga propagando esto.
Entrevistado 5	Considero que esto podría ocurrir principalmente por la importancia que este enfoque otorga a la identificación y clasificación de patrones conductuales. Sin embargo, es importante diferenciar entre el diagnóstico realizado desde un enfoque conductual y las intervenciones o tratamientos que pueden derivarse de él. No se trata de descalificar por completo el enfoque conductual. Considero que incorporar una lectura de la subjetividad podría enriquecer el proceso diagnóstico y aportar elementos útiles para el tratamiento. Del mismo modo, el psicoanálisis también puede beneficiarse de los aportes de otras disciplinas, especialmente en el ámbito terapéutico. Aunque, desde mi perspectiva, el psicoanálisis ofrece una lectura diagnóstica precisa, sus formas de intervención continúan siendo objeto de estudio y desarrollo. Por ello, considero valiosa una articulación entre enfoques. El trabajo clínico puede enriquecerse cuando se integran aportes de distintas disciplinas, sin perder de vista la singularidad de cada niño. No obstante, considero que el sobrediagnóstico puede verse influido por una visión centrada exclusivamente en lo observable y en la conducta. Cuando se prioriza únicamente la identificación de patrones, pueden confundirse experiencias o reacciones cotidianas con indicadores diagnósticos. Por ejemplo, una persona puede necesitar identificarse con una categoría y pensar: "Si necesito ser autista para encontrar una explicación a lo que me ocurre y presento determinado patrón, entonces soy autista". Esta interpretación rápida puede llevar a conclusiones apresuradas. Incluso en la práctica clínica, pueden observarse niños a quienes les molestan los ruidos. Sin embargo, la sensibilidad ante sonidos intensos, por sí sola, no constituye un indicador suficiente de TEA. Muchas personas pueden sentirse aturdidas cuando pasa un vehículo con un ruido muy fuerte. Si un profesional se limita a ese único aspecto observable, podría sugerir equivocadamente la posibilidad de un TEA de grado 1. Por ello, desde la posición del entrevistado, es necesario realizar una evaluación amplia, considerar el contexto y evitar que un único

	patrón conductual determine, por sí solo, una conclusión diagnóstica.
Entrevistado 6	Mira esa es una pregunta candente. En el sentido en el que no se trata. No se trata de. Hacer confrontamiento entre posiciones clínicas no es conductual versus psicología versus psicodinámica no es como. Meterse en el terreno del "aa" prima. Y ahí está el malentendido fundamental del lenguaje. Eso como entrada Como un intento de respuesta, siendo sutil y delicado ante esa pregunta que puede ser candente y derribar en malentendidos. me parece que hay una cuestión de que esa rama del cognitivo conductual se especifica precisamente en Quitar estas conductas, Por así decirlo en la punta del iceberg. A nosotros, a los Psicoanalistas nos interesa tener una lectura completa, no solo la que está no solo la punta del iceberg, sino una lectura completa de que hasta que hay en el fondo, lo más opaco. Lo más difícil. Y con eso sostener un tratamiento posible para cada sujeto. Qué es lo que un poco lo que Podría decirte normalmente no de compararlas, sino de un poco hacer esta diferencia sin sostener una confrontación.

Pregunta 9: ¿Considera que los contextos sociohistóricos influyen en la forma en que se diagnostica el TEA?

Entrevistados	Respuestas
Entrevistado 1	Podría influir, ya que estamos en una época donde imperan el discurso de la ciencia y el capitalismo, haciendo que los diagnósticos, así como las ofertas, se proliferen; abundan protocolos y manuales estandarizados y, a pesar de que existen muchas ofertas de atención, no todas tienen en cuenta al sujeto y sus soluciones.
Entrevistado 2	Sí, considero que influye. Actualmente existe mucha más información sobre el autismo y una mayor sensibilización social, lo que ha permitido que las familias identifiquen señales de alerta y busquen atención más tempranamente. Sin embargo, el acceso a información también puede llevar a que algunas conductas sean interpretadas rápidamente como signos de TEA. Por ello, considero indispensable que la información inicial sea posteriormente contrastada con una valoración clínica profesional, contextualizada e individualizada. Considero que el diagnóstico del TEA debe ser un proceso clínico responsable, integral y centrado en el niño. Más allá de establecer una categoría diagnóstica, nuestro objetivo es comprender sus necesidades, reconocer sus capacidades y orientar a la familia para favorecer su desarrollo integral. Como tutora de prácticas, también considero fundamental formar estudiantes con una mirada crítica, ética y clínica, capaces de comprender que ningún instrumento sustituye la observación, la historia del desarrollo y la experiencia profesional.
Entrevistado 3	Sí, considero que el contexto sociohistórico actual influye en la forma en que se diagnostica el TEA. Como hemos mencionado,

	vivimos en una época marcada por la rapidez, la inmediatez y la aceleración de diversos procesos sociales. Estas condiciones también pueden influir en las prácticas de evaluación y diagnóstico. Además, existe una dimensión económica que interviene en este fenómeno, aunque no se profundizará en ella en este momento. La proliferación de centros de atención y de profesionales que se presentan como especialistas en TEA configura un escenario amplio y diverso, en el que conviven distintas formas de comprender, evaluar e intervenir ante este diagnóstico. Incluso pueden existir profesionales que se identifican con una orientación psicoanalítica y que, al mismo tiempo, incorporan pruebas estandarizadas en sus evaluaciones, sin dejar de lado la escucha clínica. Esto evidencia que no se trata de una oposición absoluta entre el uso de instrumentos y la escucha del sujeto, sino de la manera en que cada profesional articula estos recursos dentro de su práctica. Desde esta perspectiva, la cuestión remite también al terreno de la ética profesional: a los criterios con los que se realiza una evaluación, a la responsabilidad que implica emitir un diagnóstico y al lugar que se otorga a la singularidad de cada persona.
Entrevistado 4	Si, justamente en una época del marketing, en una época que nos pide, que nos exige, que incluso nos indica; nos están dando, por ejemplo, las escuelas para padres, que, si eres padre de esta manera o si no lo estás siendo, acá nosotros te vamos a dar la fórmula para ser padre; si tienes un niño con TEA, acá tenemos el programa para el niño con TEA. Creo que la cultura moldea justamente las necesidades, entre estas inclusive las diagnósticas, entonces creo que sí moldea o exige, más que todo eso, todo el tiempo parece que hubiera una exigencia de que se nombre, no, pero es que si tu niño, es que yo lo veo que no abre y que no hace; ok si es justo y necesario que haya una revisión no, pero siempre tiene que ser ética, siempre tiene que ser revisada caso a caso, persona a persona. Y bueno, que tal vez el DSM o el checklist sirva justamente para eso para clasificar, pero no para nombrar una persona, no para nombrar la vida y la historia de los sujetos
Entrevistado 5	Sí, considero que los contextos sociohistóricos influyen en la manera en que se comprende y diagnostica el TEA. Como se ha mencionado anteriormente, aspectos como la sobreestimulación y el debilitamiento de las referencias simbólicas familiares pueden incidir en la forma en que se interpretan determinadas manifestaciones infantiles. Desde esta lectura, estas condiciones pueden explicarse a partir del discurso capitalista, entendido como una lógica social orientada a la producción y el consumo de objetos. Cuando un niño es tratado principalmente como un objeto —por ejemplo, como receptor de exigencias, consumo o expectativas externas—, pueden aparecer dificultades en su constitución subjetiva. Sin embargo, esto no significa que todos los niños que atraviesen estas condiciones sean autistas.

	El entrevistado plantea que, en ciertos contextos de sobrediagnóstico, muchas personas buscan una identificación que les permita reconocerse como sujetos. Cuando no encuentran referencias familiares, sociales o simbólicas que les brinden un lugar, pueden identificarse con una etiqueta diagnóstica para explicar lo que les ocurre. Desde el psicoanálisis, el trabajo clínico buscaría acompañar a la persona para que pueda reconocer y elaborar su particularidad, en lugar de quedar fijada a una identificación que le genere malestar. Si una persona se siente determinada por su historia familiar o por una etiqueta con la que no se identifica plenamente, el proceso analítico puede contribuir a que construya formas más propias de relacionarse consigo misma y con su entorno. Finalmente, el entrevistado sostiene que una persona no puede modificar por sí sola las condiciones generales del sistema social. Sin embargo, puede encontrar recursos subjetivos para desenvolverse dentro de ese contexto, identificar alternativas y construir un modo de vida más acorde con sus propios deseos y posibilidades.
Entrevistado 6	Sus preguntas son como muy de la Generalidad. Y entiendo porque es una investigación en la que vas a tener esta evidencia, no claro, Pero sabes Ya desde lo más singular y cuando te toque en la práctica. No es solo esto. Ni la temperatura de lo social ni que discurso capitalista nos exigen una inmediates y todo es más líquido ni la genética suene sostenidas con él. Yo soy tal cosa. Yo soy esto, yo soy este, yo soy esto sino también del otro lado que está transbambalinas. Es que te encuentras con padres muy angustiados. Y ahí va el punto más singular y con el que más hay que tener cuidado. Porque son padres angustiados que están buscando una solución posible para esto que iba a dar a su hijo que. Ellos mismos están tramitando. No es fácil para los padres sostener que su hijo tiene dificultades. Y en la angustia hay muchos padres que pueden buscar respuestas que pueden estar a la mano muy rápida. Y ahí empieza la oferta y la demanda Y hay padres que pueden Experimentar con distintas ramas de la psicología. Que son padres angustiados No son padres que se dejan llevar por el ritmo de la época, sino del otro lado de cómo se sostienen unos padres cuando Hay algo insoportable De no entender qué le pasa a tu hijo Y del otro lado no saber cómo ayudarlo. En la exacerbación del cuerpo cuando no hay lenguaje cuando hay golpes. Cuando hay un aislamiento total cuando corres y medida. Cuando gritan muy fuerte cuando se golpea a sí mismo. Y entonces hoy es un poco esto no yo viendo la pregunta, pero te invito un poco a pensar del otro lado con lo más singular que se trabaja, ¿qué es? Con la angustia y los miedos de estos padres. Que trabajamos con espadas son los padres lo que nos iban a.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS



Carta de consentimiento Informado para Entrevista de Investigación

Por medio de la presente carta, se provee a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por Luis Esteban Montesdeoca Jacome y Gerardo David Rodríguez Marín, estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es analizar de qué manera el predominio de un enfoque sintomatológico-conductual, frente a una lectura estructural, incide en el sobrediagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la clínica infantil.

Antes de comenzar su participación, es importante que lea y comprenda los siguientes puntos de cómo se va a manejar la información.

Participación voluntaria

Su participación en esta entrevista académica que forma parte de un trabajo de tesis es completamente voluntaria. Usted tendrá el derecho de preguntar para solventar cualquier duda que tenga antes del inicio de la entrevista. Usted tiene el derecho a negarse a responder cualquier pregunta que le resulte incómoda o inapropiada, así como de retirarse de la entrevista en el momento, sin que esto le afecte de ninguna manera.

Finalidad de la participación

La entrevista tiene fines exclusivamente investigativos y académicos. La información proporcionada será utilizada únicamente para el desarrollo, análisis y redacción de la tesis, respetando en todo momento a las personas participantes y sus opiniones.

Procedimiento de entrevista

La participación consiste en una entrevista semiestructurada dirigida a profesionales con experiencia clínica y/o formación en enfoque psicoanalítico, así como familiaridad con el trabajo con niños con TEA. La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 a 60 minutos y podrá realizarse de manera presencial o virtual, según disponibilidad. Con el fin de no perder ningún detalle importante para el análisis, la sesión será grabada en audio, siempre y cuando usted lo autorice en este documento.

Confidencialidad

Toda la información que usted comparta en este espacio será manejada de manera segura y profesional, de acuerdo con la ética de la psicología clínica. La información no será utilizada con fines comerciales ni ajenos al estudio.

Con el fin de registrar con mayor precisión la información brindada, se solicita autorización para grabar la entrevista en formato de audio. La grabación será utilizada únicamente para fines de transcripción, análisis e interpretación dentro del estudio. El material grabado será resguardado por el investigador y no será difundido públicamente.

Nota: En caso de requerirlo, la persona participante podrá solicitar información adicional sobre la investigación antes de firmar este consentimiento.

Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

Declaro que he sido informado/a sobre el propósito de la investigación, el uso académico de la información brindada y las condiciones de confidencialidad. Asimismo, he tenido la oportunidad de realizar preguntas y comprendo que mi participación es voluntaria.

Marque con una X según corresponda:

¿Acepto participar en la entrevista?
Si (__) No (__)
¿Autorizo que la entrevista sea grabada en audio?
Si (__) No (__)

Datos de aceptación:

Nombre del/de la participante:

Profesión / especialidad:

Institución (opcional): _

Firma del/de la participante: **Firmas de los investigadores:**

Fecha:

Nota: En caso de requerirlo, la persona participante podrá solicitar información adicional sobre la investigación antes de firmar este consentimiento.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Montesdeoca Jácome, Luis Esteban**, con C.C: # **0953673639; Rodríguez Marín, Gerardo David,** con C.C: # **0925976268,** autores del trabajo de titulación: **El sobrediagnóstico del autismo en la clínica infantil: Del síntoma conductual a la estructura subjetiva** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 23 del mes de agosto del año 2026

AUTORES:

f. _____

Montesdeoca Jácome, Luis Esteban

C.C: # 0953673639

f. _____

Rodríguez Marín, Gerardo David

C.C: # 0925976268

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	El sobrediagnóstico del autismo en la Clínica Infantil: Del síntoma conductual a la estructura subjetiva.		
AUTOR(ES)	Montesdeoca Jácome, Luis Esteban Rodríguez Marín, Gerardo David		
REVISOR(ES)/ TUTOR(ES)	Psic. Cl. Zöller Andina, María José, MSc		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación.		
CARRERA:	Psicología Clínica.		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Psicología Clínica.		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	23 de agosto del 2026	**No. DE PÁGINAS:**	132
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología Clínica; Psicoanálisis; Trastorno del espectro Autista		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Trastorno del Espectro Autista; sobrediagnóstico; enfoque sintomatológico-conductual; lectura estructural; clínica infantil; subjetividad.		

RESUMEN/ABSTRACT:

El presente trabajo titulado El sobrediagnóstico del autismo en la Clínica Infantil: Del síntoma conductual a la estructura subjetiva, surgió ante el incremento sostenido en los diagnósticos de Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la clínica infantil; es por ello que la importancia de la investigación recayó de manera específica en la prevención de la iatrogenia derivada del diagnóstico erróneo o prematuro. Ante esto, se tuvo como objetivo general analizar de qué manera el predominio de un enfoque sintomatológico-conductual, frente a una lectura estructural, incidía en el sobrediagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la clínica infantil. Para lo cual, se adoptó por un enfoque cualitativo de tipo interpretativo-hermeneútico que combinó la revisión bibliográfica y el análisis documental con entrevistas semiestructuradas a seis profesionales clínicos del contexto ecuatoriano con experiencia en trabajo con TEA infantil. Se obtuvo como resultado que, mientras el enfoque sintomatológico-conductual prescinde de la pregunta por la posición subjetiva del niño, pues toma la conducta observable como un criterio diagnóstico suficiente. Fue la lectura estructural psicoanalítica la que orientó el diagnóstico desde la singularidad del sujeto y lo sostuvo como herramienta provisional antes que como punto de llegada de la clínica. Ante ello, se concluyó que la incidencia del enfoque conductual en el sobrediagnóstico es el efecto de una posición epistemológica que privilegia lo observable sobre lo subjetivo, y que la clínica responsable exige el tiempo lógico necesario para encontrar al sujeto que hay detrás de las conductas.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**Teléfono:** +593-980000423 +593-995044672	E-mail: luis.montesdeoca01@cu.ucsg.edu.ec gerardo.rodriguez@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	**Nombre:** Psic. Cl. Marcia Ivette Colmont Martinez, Mgs.	
	Teléfono: +593 99 943 2417	
	E-mail: marcia.colmont@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		