

Atención a domicilio: una intervención terapéutica familiar¹

– Mariella Venturella –

Dra. en Psicología, coordinadora de
sentiment-atenció terapèutica global.
(Barcelona)

– Carlota Orobitg –

Psicóloga General Sanitaria,
colaboradora en *sentiment-atenció
terapèutica global*. (Barcelona)

– Lourdes Busquets –

Psicóloga y psicoterapeuta acreditada
por la EFPA. CDIAP-Equipo 40.
Colaboradora del *Centro de Formación
e Investigación Carrilet*. (Barcelona)



dificultades y comprender, para poder acompañar, contener, verbalizar lo que (el terapeuta) ve y entiende, a fin de poder ayudar a acercar a niños y padres, rescatar y potenciar las capacidades parentales que se han visto afectadas por la dureza de la situación” (Brun y Villanueva, 2013, p.2). La principal función terapéutica en el contexto familiar es la de modificar los patrones relacionales para favorecer el desarrollo del niño y validar las funciones parentales. Quien trabaja con la familia sabe trabajar con el individuo, observar y enfatizar en sus vínculos, en las imbricaciones y las interrelaciones de las representaciones entre sus miembros (Nicolè, 2014).

Entrar en un espacio íntimo y cotidiano requiere un *setting externo* que consiste en el establecimiento de unos aspectos formales iniciales que darán seguridad y forma al trabajo. Al inicio de la atención, se acuerda un compromiso terapéutico, fijando una hora, el día y la frecuencia de la intervención, en la que, a ser posible, deben estar presentes todos los miembros de la familia. También se realizan entrevistas regulares con los padres para ofrecerles un acompañamiento durante el proceso terapéutico. Nos podemos encontrar con que el espacio físico donde se realiza la atención terapéutica no sea siempre el mismo, lo que requiere cierta flexibilidad y tolerancia a la incertidumbre. En ocasiones, puede ser el comedor, el jardín, la habitación

del niño o bien puede variar durante el transcurso de la sesión. Es interesante ir observando cómo la familia va construyendo este continente en el que se van expresando emociones, angustias y compartiendo experiencias relacionales. En nuestra práctica clínica, hemos observado que cuando se da una mejora y un cambio de dinámicas, la familia espontáneamente va encontrando su espacio físico de juego (Venturella y Busquets, 2017).

Esta manera de acompañar a los niños y a las familias se articula desde una perspectiva interdisciplinaria y de colaboración. El plan terapéutico se concibe como una manera de ofrecer una asistencia global en la que se integre la intervención a domicilio en un marco de realidades sociales determinadas. Actualmente, el concepto de comunidad en las estructuras familiares se ha fragilizado y la crianza se convierte en una tarea que se caracteriza por el aislamiento y la individualización progresiva de las sociedades actuales (Salvador, 2009).

La propuesta de intervención que planteamos desde la atención terapéutica global se estructura a partir de la coordinación con otros profesionales que atienden al niño para facilitar la construcción de un tejido que acompañe y sostenga a la familia en sus procesos. La voluntad final es la de poder elaborar un marco integrador y relacional de desarrollo en la crianza.

El equipo de atención domiciliaria se constituye por la figura del terapeuta que realiza la intervención en el seno del domicilio con el niño y la familia y por la figura del coordinador, que se convierte en el terapeuta referente del conjunto familiar. Una de las funciones de la coordinadora terapéutica es la de proponer un espacio diferenciado a las familias donde puedan expresar sus preocupaciones y

¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

dudas en referencia a la crianza -la presencia o no de la terapeuta que interviene en el domicilio en este espacio se va valorando según la necesidad del caso o de la familia.

Consideramos que esta propuesta, en algunos casos, puede ayudar en la diferenciación de procesos del niño y los padres o cuidadores y, a la vez, permite pensar sobre la posible necesidad de cambios o ajustes en la intervención. Todo ello, a partir de un pensamiento conjunto en la observación, en la comprensión y la aportación de recursos específicos para cada caso. La comunicación interna entre las figuras del equipo terapéutico se convertirá en un elemento esencial para la contención emocional durante el proceso, que ayudará a elaborar las vivencias que se desprenden de él.

Esta configuración del equipo de cara a la intervención terapéutica es un punto importante, ya que entrar en el espacio natural de las familias coloca al terapeuta en una posición de cierta vulnerabilidad, debido a la intensidad de emociones y dinámicas a las que está expuesto. Aquí pues, se pone de relieve la importancia

del *setting interno* entendido como la actitud mental del terapeuta: “consiste en introducir el menor número de variables en el desarrollo del proceso a fin de conseguir que las variables provengan mayoritariamente del paciente, creando así un campo adecuado para la observación de la relación que el paciente organiza” (Tous, 1993, p.125).

La versatilidad del *setting externo* aumenta la intensidad del *setting interno* del terapeuta en el domicilio. El concepto de equipo que acompaña a las familias y a los cuidadores es también necesario para el terapeuta para contener y elaborar todo lo que es vivido a nivel contratransferencial. Con frecuencia, el terapeuta vive emociones primitivas difíciles de mentalizar que pueden provocar inseguridad, dificultades en pararse a pensar, cierta omnipotencia, etc. Las redes de apoyo y ayudas se complementan, cuidando a los padres y a los niños que están acompañados por un equipo de profesionales y que, a la vez, están asesorados por supervisores, una formación constante y trabajo terapéutico personal.

ABRIR LA PUERTA DE CASA

Abrir la puerta de casa implica un acto de confianza porque el hogar es un espacio muy íntimo y reservado. Previamente, una familia debe poder pensar en sus demandas: por qué hacerlo y, sobre todo, cómo hacerlo. En el caso de derivaciones, se realizan coordinaciones con los profesionales implicados. La primera función de acogida la realiza la coordinadora de nuestro equipo, quien llevará a cabo diferentes entrevistas para entender las necesidades específicas. Desde el principio, la coordinadora explica las premisas del trabajo e intenta ajustar las expectativas en relación a la ayuda para evitar malentendidos y confusiones. Este trabajo previo favorece la adhesión al tratamiento a domicilio. Una vez los padres muestran que existe un deseo de ser ayudados y una comprensión de ciertas dificultades, se concretan las visitas a domicilio.

TEA, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

En la práctica clínica, se observan muchas dificultades de comunicación y relación en niños en una edad muy temprana. En Catalunya, los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) optimizan y facilitan el trabajo de detección precoz del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y prevención en la primera infancia (Busquets et al., 2019). En este sentido, el Programa AGIRA² (Asistencia Global a Niños en Riesgo de Autismo) en la Atención Precoz nace con el objetivo de atender, detectar precozmente, diagnosticar e intervenir, ofreciendo una atención continuada, revisable e individualizada. Además, innova en la creación de grupos de trabajo incluyendo la figura del Personal Terapéutico de Soporte Domiciliario (PTSD) (Brun, Aixandri y Olives, 2017) con la idea de una asistencia domiciliaria como complemento del trabajo terapéutico para aquellos casos en los que la gravedad del niño y/o la complejidad de la situación familiar lo aconsejan (Brun y Villanueva, 2013). Así pues, el trabajo a domicilio se lleva a término desde una perspectiva de ayuda a la familia, teniendo



Entendemos que el entorno más natural para la familia es su domicilio, con los juguetes del propio niño, en espacios donde se generan rutinas y donde se convive diariamente.

² Creado y dirigido por Rafael Villanueva y Josep Maria Brun (2007-2015).

do en cuenta que unos padres cuidados podrán cuidar mejor a su hijo y que su mirada siempre será insustituible (Moran, Corbera y Vázquez, 2018).

En este proceso de detección y de intervención precoz, diversas investigaciones (Muratori, 2008 y 2009; Bonis, 2016; Busquets, Mestres y Miralbell, 2019) destacan que, en relación al cuidador, se observa un mayor estrés parental y cambios en los patrones de relación. Se puede ir creando un círculo vicioso al servicio de la desconexión o patrones de crianza extraños, patológicos, con tendencia a la negación de las dificultades debido a una adaptación en exceso de los padres a la conducta del niño. La detección y la intervención temprana son imprescindibles, ya que la infancia es un período clave para el neurodesarrollo y la construcción de la identidad del niño, así como para el establecimiento de la relación con los padres. La intervención se basa en ayudar a cambiar las dinámicas relacionales y mejorar el vínculo, sin angustiar y aportando ilusión en entornos lo más naturales posible (Mestres y Busquets, 2015). Desde nuestra experiencia, entendemos que el entorno más natural para la familia es su domicilio, con los juguetes del propio niño, en espacios donde se generan rutinas y donde se convive diariamente.

OBSERVAR, PODER Y SABER ESTAR

Lidiar con las expectativas y dolores sobrevenidos de la frustración de los padres es un reto que está presente en la primera infancia. La atención terapéutica en el entorno familiar abre una travesía en el proceso de reencuentro y resignificación entre los padres y el niño. Poder vivir y escuchar *in situ* ayuda a dar testimonio de cómo el niño puede llegar a simbolizar las ideas y los sentimientos compartidos dentro del hogar. Una de las funciones del terapeuta a domicilio será reestablecer las palabras, los significados, la mirada y los vínculos para así acercar al niño a su familia. A la vez, se trabaja desde el acompañamiento y la ayuda a encontrar el camino de la comprensión, la relación y el poder estar juntos. Se interviene al momento, en el acto más íntimo de la convivencia, hecho que potencia la intensidad de cada experien-

cia compartida. Por ello, es necesaria la creatividad operativa del momento, además de los espacios de pensamiento y las construcciones internas que ayuden no a orientar ni sugerir conductas, sino a poderlas entender y reconstruir oportunamente desde la vivencia.

Las principales dificultades de afectación del TEA residen en los patrones de vinculación, de relación, de interés, de comunicación y de lenguaje. Así pues, más que ser un retraso en la adquisición de competencias esperadas, es un desarrollo atípico de esas competencias (Muratori y Calderoni, 2019). Es frustrante y desanima buscar la interacción de alguien que no nos reclama ni nos considera. Por ello, cuando entramos en las casas, el primer paso es el de aprender a observar, para ayudar a poder y saber estar. Al inicio de la atención, el terapeuta se muestra más activo con el fin de explorar y conocer las dificultades, pero también las partes sanas que tienen lugar en el marco familiar. En un primer momento, los comentarios se focalizan más en el niño con la finalidad de favorecer la capacidad de observación de los padres y el contacto emocional. Poco a poco, se van buscando diferentes canales de comunicación y, según las características del niño, se interviene con o sin palabras. El juego es la herramienta que actúa como premisa base a fin de encontrar algunos momentos de placer compartido.

A continuación, presentamos las siguientes viñetas clínicas de atención a domicilio de dos niños de cuatro años de edad, diagnosticados de TEA.

Viñeta 1: Iluminando conjuntamente la oscuridad

Roc y su familia son derivados al servicio por la psicóloga del padre. La demanda es familiar en relación a las dificultades de estar y jugar con su hijo. Roc estaba siendo atendido por el CDIAP desde los ocho meses de edad por una psicóloga y logopeda dos veces a la semana.

En las primeras entrevistas realizadas por la coordinadora de nuestro equipo, los padres expresan que se sienten cansados y desesperanzados porque no saben a qué jugar con su hijo y no encuentran actividades ni momentos para

compartir. Explican que, la mayoría de las veces, Roc acaba jugando solo con unas linternas o se queda simplemente estirado en la cama sin reclamar a nadie. Relatan que iniciaron la atención en el CDIAP después de la intervención quirúrgica que tuvo que pasar Roc. Los padres expresan que tienen la sensación de que, después de esta experiencia, muestra más interés por las luces y no por otras cosas. Recuperan y nos muestran algunos videos domésticos, a través de los cuales observamos que no respondía cuando le llamaban por su nombre, que se fijaba en pequeños detalles de los objetos y que tenían luchas constantes con la cuestión de la comida (actualmente, Roc sigue alimentándose de triturados). Los padres concluyen que, por más esfuerzos e intentos que hacían para captar su atención, él no miraba y, en la mayoría de las ocasiones, se iba.

Cuando la terapeuta entra en el domicilio, se encuentra con la escena descrita por los padres: Roc estirado en la cama de su habitación. A continuación, decide entrar poco a poco para saludarlo, pero el niño ni siquiera la mira. La terapeuta se siente rechazada, como si no existiera, y se identifica con el sentimiento de vacío y frustración de los padres. Durante las sesiones cuesta poder estar: si van a la habitación, Roc va al comedor; si se quedan en el comedor, se va. La terapeuta observa que Roc es un niño extremadamente asustado que huye de la relación. Según Alvarez (2004), un niño que se muestra evitativo durante un tiempo demasiado prolongado presenta un retraso severo del desarrollo. Es importante que el terapeuta sintonice de manera apropiada su respuesta con el nivel de desarrollo, posiblemente muy primario, en el cual el niño está funcionando. A la vez, es necesario prestar una atención muy cuidada en la relación en el aquí y ahora.

La terapeuta se interesa por saber a qué juegos han estado probando de jugar y los padres comentan que principalmente le gusta hacer pompas de jabón, jugar con la linterna y las luces o bien, hojear un cuento. En este sentido, los niños con TEA no están suficientemente integrados ni diferenciados como para utilizar algo para representar otra cosa. Ello quiere



La atención a domicilio es un tipo de intervención que ayuda a cambiar los patrones relacionales en el entorno natural de la familia y que refuerza las capacidades parentales.

decir que los objetos que les ofrecemos en un inicio generan sensaciones y son percibidos en una dimensión superficial y plana (Tustin, 1998). Por tanto, en ciertos momentos, es necesario presentar nuevos objetos que puedan despertar otros intereses en el niño.

Uno de los padres propone cerrar la puerta de la habitación e intentar estar en un mismo lugar. Internamente, la terapeuta asocia este momento con las funciones iniciales de *rêverie* de una madre con su bebé, en el que el primer período de interacción consiste en reproducir una matriz física dando una sensación confor-

table. De esta manera, se ofrece al bebé un espacio con límites que reproduce una cierta continuidad que calma. La terapeuta valida verbalmente la iniciativa de los padres y, a partir de aquí, empiezan a tener lugar pequeños momentos de encuentro que se van repitiendo a lo largo de las sesiones. Poco a poco y juntamente con los padres, se va creando, definiendo y ubicando un espacio terapéutico en la habitación donde se van probando diferentes juegos. Por un lado, es necesario ayudar a los padres a que puedan entender el funcionamiento autista y la angustia de carácter catastrófico que hay detrás

de esa necesidad extrema de invariabilidad y de seguir unas actividades de una manera muy rígida. Y por el otro, en la intervención precoz es necesario ir introduciendo, en pequeñas dosis, algún cambio que ayude a que el otro se vaya haciendo presente, siempre de una manera muy previsible y anticipable para el niño.

En una de las sesiones, la madre sugiere hacer una torre con unas piezas de madera y se dispone a construirla. Mientras la madre construye la torre, el padre coge una linterna y se la da al niño. Roc la coge y observa las sombras que produce. La terapeuta pregunta si hay más linternas y el padre trae dos más, una de ellas se la da a la terapeuta, que ilumina la torre de madera que ha hecho la madre. Roc mira la torre, ríe y la derriba. Aparentemente, Roc no muestra ningún interés explícito hacia el otro, pero encuentra sus propias maneras de provocar un interés o incluso una atención consciente (Alvarez, 2004). La terapeuta propone a la madre que la vuelva a construir. La madre sonríe, lo acepta y Roc vuelve a tener la misma reacción. La terapeuta verbaliza que, finalmente, a Roc le han gustado las ideas planteadas por ambos padres.

Viñeta 2: De la caída y el vacío a la calma y al descubrimiento

Ian y su familia son derivados al servicio por el Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP). El motivo de consulta son las dificultades de adaptación escolar y de aprendizaje. En su momento, habían realizado unas visitas de acogida en el CDIAP.

En las primeras entrevistas realizadas por la coordinadora de nuestro equipo, los padres explican que hace poco que Ian y ellos se han trasladado a Catalunya desde su país de origen, del cual decidieron marcharse para ofrecer una mejor educación a su hijo. Hasta ahora, no les parecía que Ian tuviera autismo. Explican que tienen la percepción de que no expresa sus emociones, que no explica las cosas y que repite algunas palabras. Además, les parece un niño muy inquieto. Recuperan y enseñan algunos videos domésticos a través de los cuales explican cómo, a los trece meses, Ian empieza a caminar de puntillas y salir co-



El protagonismo no es del terapeuta ni del niño. Todo gira en torno a relaciones que van desde la observación a la comprensión y la construcción conjunta.

riendo sin ningún motivo aparente. Van recordando aspectos que les llamaban la atención, haciendo especial énfasis en cómo ha costado siempre mucho la hora de ir a dormir. Sienten que siempre le han tenido que perseguir e insistir mucho para conseguir que haga caso o que les atienda.

La impresión de la terapeuta cuando entra en el domicilio es la de un niño que presenta una intensa agitación motriz, una ausencia de consciencia de sus límites corporales y una falta de respuesta. Ian se sube a las mesas, los estantes, generando una sensación de riesgo y peligro constante que no permite pensar, ni estar, ni jugar. El miedo que genera en la terapeuta su caída lleva a pensar en la vivencia catastrófica de caer al vacío. La terapeuta y la madre lo siguen constantemente, pendientes de que no se dañe. Además, se observa cómo el contacto que hace el niño con los objetos es de carácter sensorial y de forma estereotipa-

da. En este sentido, con frecuencia coge los cuentos pasando las páginas a mucha velocidad.

Al principio, la madre explica angustiada que no sabe qué le gusta hacer a su hijo, ni a qué jugar. Se observa cómo la falta de respuesta y el escaso interés que muestra Ian origina que la madre intente buscar una respuesta a través de propuestas de tipo pedagógico de forma insistente. Podemos ver así cómo los padres se desaniman y buscan estrategias diferentes para entrar en contacto con sus hijos con dificultades, intentando atraer su atención con objetos más que con su presencia viva. Es fácil que se cree un círculo vicioso en el que se subrayan todavía más los aspectos sensoriales por encima de los relacionales (Fieschi, 2016). En este sentido, la terapeuta se plantea qué técnica y estilo terapéutico iría bien a fin de favorecer la falta de respuesta del niño. Parece que Ian no está interesado en nosotros, pero tal vez podría empezar

a sentirse interesado por nuestro interés en él (Alvarez, 2004). Por tanto, un estilo terapéutico vigorizador podría ayudar a que el niño sintiera que el otro está interesado en él. De esta manera, a lo largo del proceso terapéutico y de forma gradual, la terapeuta va convirtiendo en palabras las vivencias que pueden estar teniendo lugar ante la ausencia de respuesta de Ian y, poco a poco, se va encontrando una nueva manera de acompañar dando más espacio a la observación, sin demandas y con presencia. La terapeuta va señalando los micromomentos de contacto del niño con la madre que fácilmente pasan desapercibidos: una mirada esporádica, un intercambio casi efímero, un suave contacto corporal, etc. De esa manera, van disminuyendo el movimiento y la inquietud del niño y ello permite ir descubriendo, tanto a la terapeuta como a la madre, formas de encuentro con él. Un ejemplo claro de algo que le conecta con la madre son las canciones, que generan

situaciones de disfrute y sintonía. La terapeuta anima a la madre en sus intentos de cantar, enfatizando la importancia que tienen para Ian. Así, va verbalizando el valor emocional del intercambio de miradas, de cuando él sigue un fragmento de canción que la madre ha empezado y de cómo puede estar tranquilo y cercano. En alguna ocasión, la madre verbaliza que a veces le gusta jugar a esconderse. El valor que da la terapeuta a esta observación y la importancia que le comunica que tiene este juego facilita que la madre pueda hacer una propuesta lúdica como ésta. Así pues, el juego de esconderse y aparecer acaba convirtiéndose en una demanda habitual del niño. Este tipo de juego va permitiendo dar un sentido relacional al movimiento de Ian, en el que la pérdida y el encuentro dibujan una experiencia en la que la madre, el niño y la terapeuta se encuentran disfrutando. El hecho de vivir juntamente con el niño el esconderse y reencontrarse y las sensaciones físicas de contacto con el otro nos permite dosificar el ritmo y la música del juego, conteniendo las subidas de tono y modulando el retorno a la calma (Fieschi, 2016). Así pues, la casita del comedor -que hasta entonces estaba solitaria en un rincón de la sala- vuelve a tener un uso lúdico en el que, además de ser el escondite de la madre durante el juego, acaba acogiendo a Ian, su madre y la terapeuta en alguna ocasión. Una vez dentro, abren cuentos que coge Ian y pasan juntos las páginas a una velocidad un poco menor de la habitual. Poco a poco, la madre y la terapeuta de forma conjunta van encontrando equilibrios relacionales que implican ser más suavemente activas, para intentar conseguir un contacto visual con más tacto o, a veces, incluso “perseguir” al niño un poco sin ser demasiado intrusivas -encontrar la distancia óptima, psicológica y física, es de gran importancia- no demasiado lejos como para no poder llegar a él, pero tampoco demasiado cerca como para asustarlo (Alvarez, 2004).

LA TÉCNICA

El protagonismo no es del terapeuta ni del niño. Todo gira en torno a relaciones que van desde la observación a la comprensión y la construcción conjun-

ta. La falta de respuesta es frustrante y repensar diferentes estrategias es muy cansado. La mirada del terapeuta ayuda a valorar las posibilidades que se pueden ir encontrando en beneficio de la construcción de una relación placentera.

Consideramos que la actitud terapéutica consiste en poner a los padres por delante y validar sus capacidades, ideas y funciones parentales. Por más ideas y estrategias que pueda tener el terapeuta, expresarlas antes de un pensamiento compartido es colocarse en el papel de experto y no valorar todo el conocimiento previo que los padres pueden aportar de sus hijos. Además, si el terapeuta se coloca de una manera demasiado activa intentando jugar con el niño, los padres pueden sentirse fácilmente excluidos y vivir sentimientos de envidia y rivalidad.

Una de las primeras preguntas que hacen los padres es qué juguete será necesario para el trabajo en casa o bien cómo deben disponer de los espacios. Pero no es tan importante a qué jugaremos, sino cómo nos aproximaremos y cómo ayudaremos a que se aproximen a encontrar momentos compartidos.

El juego es una de las bases del desarrollo emocional, relacional y cognitivo de los niños y nace en las primeras relaciones entre el niño y la madre. Es a través del juego que el niño conocerá su cuerpo, las sensaciones, las experiencias relacionales y la comprensión del espacio y del otro. Son estas vivencias entre padres e hijos las que dan forma a las sensaciones, experiencias y modulaciones emocionales con el acompañamiento, la contención, las funciones parentales, una y otra vez, en una repetición conjunta (Fieschi, 2016).

Según el nivel de afectación de autismo, el juego variará desde prácticamente su ausencia hasta su presencia, pero carente de simbolismo. En las actividades repetitivas y sensoriales que realizan los niños con TEA transmiten una gran sensación de falta de actividad lúdica y de no disfrute. A la vez, puede llegar a ser agotador y por ello se hace muy necesario y fundamental el trabajo de todos los que rodean al niño. Poco a poco, se buscarán diferentes canales de comunicación para ir transformando el juego mecánico en

momentos de encuentro relacional que permitan disfrutar de manera compartida, si es posible. Y cuando no sea posible, que exista una red en la que apoyarse para no caer en el desánimo.

CONCLUSIONES

La atención a domicilio es un tipo de intervención que ayuda a cambiar los patrones relacionales en el entorno natural de la familia y que refuerza las capacidades parentales.

Consideramos que, para llevar a término este trabajo conjunto con los padres, se hace necesario tejer una red de coordinación y colaboración con aquellos profesionales que están atendiendo al niño. El terapeuta, en el hogar, vive emociones de carácter primitivo difíciles de mentalizar y también necesita ser contenido a través del equipo, supervisiones, formación y trabajo personal.

Nuestra experiencia en atención a domicilio con niños con TEA nos permite conocer *in situ* tanto las dificultades como las capacidades de la familia. Los encuentros emocionales vividos conjuntamente son experiencias que pueden impregnar las relaciones diarias y, a la vez, se pueden mantener dentro del mismo entorno natural. Por tanto, el proceso terapéutico continúa activo sin la presencia del terapeuta. Consideramos que es justamente esta experiencia relacional y de vínculo la que ayuda a los padres a sentirse entendidos y acompañados en todo un sufrimiento que, en ciertos momentos, no encuentra palabras para ser descrito. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, A.** (2004). A propósito del elemento de déficit en niños con autismo: psicoterapia basada en el psicoanálisis y factores del desarrollo. *Niños con autismo. Experiencia y experiencias* (pp. 151-171). Valencia: Editorial Promolibro.
- Bonis, S.** (2016). Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37 (3): 153-163.
- Brun, J. M. y Villanueva, R.** (2004). *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*. Valencia: Editorial Promolibro.

Brun, J. M. y Villanueva, R. (2013). El treball del personal terapèutic de suport domiciliari» (PTSD) dins el programa AGIRA [Newsletter].

Brun, J. M., Aixandri, N. y Olives, S. (2017). Programa Agira (2007-2015): Números para una reflexión. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 63.

Busquets, L., Sánchez, M., Miralbell, J., Ballesté, J., Mestres, M. y Sabrià, J. (2019). Detección precoz del TEA en la consulta pediátrica: un proyecto piloto en la red pública. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 33, 9-21.

Busquets, L., Mestres, M. y Miralbell, J. (2019). "No me necesita". Las señales de alarma del Trastorno del Espectro Autista durante los primeros años de vida. *Revista eipea*, 6, pp. 60-63.

Fieschi, E. (2016). Descubrir, repetir, jugar: el juego, las sensaciones, las ansiedades en los niños con Trastorno del Espectro Autista. *Revista eipea*, 1, pp. 28-32.

Jerusalinsky, J. (2016). *Travessias e travessuras no acompanhamento terapêutico*. Salvador: Ágalma, 2016.

Mestres, M. y Busquets, L. (2015). Els signes d'autisme durant el primer any de vida: 6la detecció a través d'un cas clínic. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XXXII (2): 69-90.

Moran, L., Corbera, M. y Vázquez, A. (2018). CDIAP Granollers y Unidad Neonatal del Hospital General de Granollers: una experiencia compartida. *Revista eipea*, 5, pp. 34-41.

Muratori, F. (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (I). *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, pp. 39-49.

Muratori, F. (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (y II). *Revista de Psico-*

patología y salud mental del niño y del adolescente, 13, pp. 21-30.

Muratori, F. y Calderoni, S. (2019). Actualizaciones sobre el Autismo. *Revista eipea*, 7, pp. 8-14.

Nicolè, A. M. (2014). *Psicoanálisis y familia*. Barcelona: Herder.

Salvador, G. (2009). *Familia. Experiencia grupal básica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer/Paidós.

Tous, J. (1993). Interpretación y encuadre en la psicoterapia de la primera infancia. *Sepypna*, 15-16, pp. 123-135.

Tustin, F. (1998). Psicoterapia con niños que no pueden jugar. *Libro anual de psicoanálisis*, 189. Lima: Imago.

Venturella, M. y Busquets, L. (2017). L'atenció a domicili en petita infància: una ajuda psicoanalítica integral. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXXIV/2, pp. 69-86.