



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**“Niños con síndrome de Asperger y la influencia de la pareja
parental en su inclusión educativa y social. Una mirada desde el
Psicoanálisis.”**

AUTORES

Estrella Buri, Mónica Lorena

Palacios Zambrano, Victor Antonio

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

Licenciados en Psicología Clínica

TUTOR:

Psi. Clic. David Jonatan Aguirre Panta

Guayaquil, Ecuador

21 de febrero del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Estrella Buri, Mónica Lorena**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR

f. _____

Psi. Clic. David Jonatan Aguirre Panta.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Galarza Colamarco, Alexandra Patricia Mgs.

Guayaquil, a los 21 días del mes de febrero del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Palacios Zambrano, Victor Antonio**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

TUTOR

f. _____

Psi. Clic. David Jonatan Aguirre Panta

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Galarza Colamarco, Alexandra Patricia Mgs.

Guayaquil, a los 21 días del mes de febrero del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Estrella Buri, Mónica Lorena

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **“Niños con síndrome de Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusión educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis.”** previo a la obtención del Título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 21 días del mes de febrero del año 2017

LA AUTORA

f. _____

Estrella Buri, Mónica Lorena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Palacios Zambrano, Victor Antonio

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Niños con síndrome de Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusión educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis.**” previo a la obtención del Título de **Licenciado en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 21 días del mes de febrero del año 2017

EL AUTOR

f. _____

Palacios Zambrano, Victor Antonio



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, Estrella Buri, Mónica Lorena

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Niños con síndrome de Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusión educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis.”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 días del mes de febrero del año 2017

LA AUTORA:

f. _____

Estrella Buri, Mónica Lorena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, Palacios Zambrano, Victor Antonio

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Niños con síndrome de Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusión educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 días del mes de febrero del año 2017

EL AUTOR:


f. _____

Palacios Zambrano, Victor Antonio

URKUND

Documento	Ninos con sindrome asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusion educativa y social. una mirada psicoanalitica.docx (D25916987)
Presentado	2017-02-20 23:49 (-05:00)
Recibido	david.aguirre.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	Estrella Monica, Palacios Victor Mostrar el mensaje completo

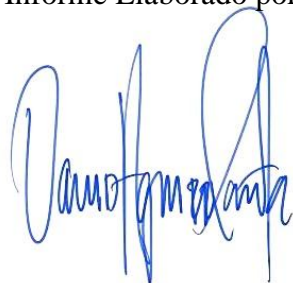
0% de esta aprox. 56 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 0 fuentes.



Tema: Niños con síndrome asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusión educativa y social, una mirada psicoanalítica

Estudiantes: Estrella Buri Mónica Lorena – Palacios Zambrano Victor Antonio.

Informe Elaborado por:



Psic. David Aguirre Panta

Agradecimiento

Agradezco primero a Dios y a María Auxiliadora por ser siempre mi guía, a mi mamá Mónica Buri por estar siempre conmigo, darme su apoyo incondicional amanecerse conmigo durante varias ocasiones a lo largo de mi vida estudiantil; pero sobre todo por ser mi pilar, mi amiga, mi heroína, mi todo.

A mis hermanas Diana y Patricia por apoyarme cuando ya decía que no podía, gracias por todo, por no dejarme dormir cuando tenía correcciones que hacer, por hacerme reír cuando solo quería llorar, las amo.

A mi abuelito el Ing. Victor Rigoberto Buri Calle que aunque ya no está conmigo físicamente siempre me enseñó que no me rindiera sin antes luchar, que no debía nunca decir nunca y que el único límite con el que me podía encontrar era el cielo. Gracias Ito por ser mi papá, por esos abrazos, los consejos y el apoyo cuando te conté que estudiaría psicología, siempre estás en mi corazón.

A mi abuelita Rosita, mis tías Rina, Pilar, Rosi, mi tío Victor, mis primos Johnny y Pili; por estar pendiente de mí en todo momento, por preguntarme cómo iba, por entender porque no podía estar siempre en las reuniones o por tener que salir pronto de ellas, gracias por los abrazos de aliento y las llamadas de atención cuando se acercaba la hora y no terminaba, gracias por todo.

A mi papá Roberto Estrella gracias.

A Andrés Espín por estar siempre a mi lado, por insistirme en terminar pronto la tesis, por llamarme cuando tenía que despertar temprano, por sacrificar algunos fines de semana, por ayudarme a buscar información, por eso y muchas cosas más gracias.

A mis amigas del colegio Vips Uds. por preguntarme a cada rato “¿y la tesis?” por apoyarme desde hace más de 5 años, por apoyar mis decisiones y por comprender porque no podía salir los fines de semana.

Y por último pero no menos importante quiero agradecerle a nuestro tutor David Aguirre, por el apoyo, por el “cómo van mis chicos”, por su confianza, sus enseñanzas y aguante.

Mónica Lorena Estrella Buri

Agradecimiento

Agradezco a la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, por brindar las bases y conocimientos en psicología los cuales han sido esenciales en mi crecimiento profesional. A David Aguirre quien con mucha paciencia nos acompañó en el proceso de tesis.

Con un gran aprecio agradezco a los docentes que a lo largo de mi vida estudiantil han buscado formarme de manera íntegra e integral, fomentando ante todo el ser un hombre de bien.

Ante todo, quedo profundamente agradecido por aquellas personas que confiaron en mis capacidades aun teniendo conocimiento de mis dificultades. A Randy Santos y Giovanna Castro por permanecer atentas a mi proceso como profesional, por su amor, cariño y confianza.

A mi padre Victor Palacios, mi madre Silvia Zambrano, mi hermana Silvia Palacios y mi hermano Miguel Palacios, gracias por su apoyo y confianza incondicional y constante en todos los aspectos que engloban mi vida.

Victor Antonio Palacios Zambrano

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a Dios por guiarme día a día; a mi abuelito Victor por siempre enseñarme el significado de amor y perseverancia; a mi familia Buri García, por apoyarme y confiar siempre en mí.

Al lugar donde conocí lo que era autismo y a las familias de los niños con autismo con quienes compartí, en varias ocasiones.

Mónica Lorena Estrella Buri

Dedicatoria

Dedico la presente tesis a mi padre y a mi madre, quienes jamás permitieron que me dé por vencido.

A los docentes y terapeutas que confiaron en mis capacidades.

A todos los niños con Autismo, quienes formaron parte de mi primer trabajo pre-profesional.

Victor Antonio Palacios Zambrano



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psi. Clic. Rosa Irene Gómez Aguayo, Mgs.

OPONENTE

f. _____

Psi. Clic. Francisco Xavier Martínez Zea

DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Psi. Clic. Mariana de Lourdes Estacio Campoverde

DOCENTE DE LA CARRERA

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLA	XVI
RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT	XVIII
CONCEPTOS CLAVES.....	XIX
INTRODUCCIÓN.....	21
JUSTIFICACIÓN	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
Formulación del problema de investigación	24
Objetivos.....	24
Objetivo general.....	24
Objetivos específicos	24
METODOLOGÍA	26
MARCO TEÓRICO	27
CAPÍTULO 1: BREVE RECORRIDO HISTÓRICO SOBRE EL AUTISMO	27
Asperger desde el DSM IV y DSM V	29
Clasificación desde la Política Pública.....	33
CAPÍTULO 2: ESTRUCTURACIÓN SUBJETIVA	35
Estructuración del sujeto	35
Lo Imaginario.....	35
Lo simbólico.....	36
Lo real	37
La clínica de los nudos	38
El concepto de imagen del cuerpo desde Juan David Nasio a través de la enseñanza de Jacques Lacan	39
El cuerpo real	40
El cuerpo imaginario	40
El cuerpo simbólico.....	41
Estructuras Clínicas	42
La neurosis.....	43
La Psicosis.....	44
Trastornos mentales graves desde la perspectiva psicoanalítica	45
CAPÍTULO 3: EL AUTISMO DESDE EL PSICOANÁLISIS	47

Asperger, entre el Autismo y la Psicosis (delimitación teórica)	48
El cuerpo en el Autismo	51
CAPÍTULO 4: RELACIÓN DE LOS PADRES CON UN HIJO CON SÍNDROME DE ASPERGER Y LA MANERA QUE REPERCUTE EN LO SOCIAL Y EDUCATIVO	54
Relación familia – hijo.....	54
Relación de Padres con hijos autistas	56
CAPÍTULO 5: CASUÍSTICA.....	59
Caso de Rosine Lefort (Marie Françoise)	60
Victor, El niño salvaje de Aveyron	63
Caso “L”	65
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN	71
¿Existe una cura para el TEA, Síndrome de Asperger?.....	71
Posible Tratamiento	72
CONCLUSIONES.....	78
REFERENCIAS	80
ANEXOS	86

ÍNDICE DE TABLA

TABLA 1 CUADRO COMPARATIVO L. KANNER Y H. ASPERGER.....	28
TABLA 2 CUADRO DIFERENCIAL TEA - SÍNDROME DE ASPERGER, DATOS EXTRAÍDOS (RODRÍGUEZ-BARRIONUEVO & RODRÍGUEZ-VIVES, 2002) Y (JUNTA DE ANDALUCIA, 2006).....	29
TABLA 3 ESQUEMA L (LACAN J. , 1955)	37
TABLA 4 CUADRO DIFERENCIAL NIÑO NEURÓTICO Y NIÑO (SOLANO SUAREZ, 2002).	45

RESUMEN

El presente trabajo de titulación tiene como objetivo determinar por medio de la recopilación de datos bibliográficos basados en la teoría psicoanalítica, junto con teorías sociales y culturales, cómo la relación de la pareja parental influye en la inclusión social y educativa de sus hijos con síndrome de Asperger. El marco metodológico aplicado fue longitudinal o evolutivo, el cual se centra en la búsqueda de datos de distintos puntos del tiempo para realizar inferencias, causas y efectos de categorías, conceptos, sucesos, variables, contextos o comunidades.

Siguiendo esta metodología se buscó dar cuenta de la hipótesis referente a la relación de los padres y los beneficios de su deseo frente a los casos de hijos con Asperger en la inclusión social y educativa por medio de un recorrido histórico desde cuándo apareció el Autismo, el Síndrome de Asperger y cuándo se fusionó; junto a los tratamientos que hay en dónde los padres se ven involucrados.

Palabras claves: Psicoanálisis, Asperger, Psicosis, Neurosis, Autismo, Inclusión.

ABSTRACT

The present degree dissertation aims to determine through the recollection of bibliographic data based on the psychoanalytic theory, along with socio-cultural theories, how the relationship of the parental couple influences both social and educational inclusion of their children with Asperger Syndrome. The methodological framework applied in this work was longitudinal or evolutionary, which focuses on the search of information from different points in time to infer, causes and effects of categories, concepts, events, variables, contexts or communities.

By this methodology we sought to show the hypothesis regarding the relationship of parents and the benefits of their desire facing the cases of children with Asperger in social and educational inclusion through a historical path starting from when Autism first appeared, Asperger Syndrome and when it merged; along with the treatments available and when parents see themselves involved in them.

Keywords: Psychoanalysis, Asperger, Psychosis, Neurosis, Autism, Inclusion

CONCEPTOS CLAVES

En el presente proyecto de investigación se consideran seis conceptos claves los cuales son: Psicoanálisis, Asperger, Psicosis, Neurosis, Autismo, Inclusión

PSICOANÁLISIS: Disciplina fundada por Freud y en la que, con él, es posible distinguir tres niveles: A) Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación. B) Un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. C) Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento. «Llamamos psicoanálisis al trabajo mediante el cual traemos a la conciencia del enfermo lo psíquico reprimido en él». (Laplanche & Pontalis, 2004, pág. 316)

ASPERGER: la alteración que Asperger denominó Psicopatía Autística pasó a conocerse con el nombre de Síndrome de Asperger y sirve para denominar a los autismo de “nivel alto”. Con lo que aún no hay acuerdo, es con el hecho de si el síndrome de Asperger es un síndrome independiente o simplemente un subgrupo del autismo. En su artículo, Asperger afirma que el trastorno fundamental del síndrome lo constituye las limitaciones de sus relaciones sociales y, en este sentido, el autor da mucha relevancia a la dificultad de estos sujetos para expresar y comprender sentimientos y afirma que un aspecto crucial para entender su personalidad es el de la profunda discrepancia entre sus niveles de inteligencia y afectividad: entre sus capacidades cognitivas normales y sus notablemente deficitarios impulsos e instintos. En el aspecto etiológico, Asperger se inclina por factores genéticos y a, a diferencia de Kanner, no menciona ninguna variable psicógena (Cuxart, 2000)

PSICOSIS: El psicoanálisis no se ocupó desde un principio de construir una clasificación que abarcara la totalidad de las enfermedades mentales de las que trata la psiquiatría; su interés se dirigió primero sobre las afecciones más directamente accesibles a la investigación analítica y, dentro de este campo, más restringido que el de la psiquiatría, las principales distinciones se establecieron entre las perversiones, las neurosis y las psicosis. Dentro de este último grupo, el psicoanálisis ha intentado definir diversas estructuras: paranoia y esquizofrenia, por una parte; por otra, melancolía y manía. Fundamentalmente, es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal. La aparición del término. (Laplanche & Pontalis, 2004, pág. 321)

NEUROSIS: Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa. La extensión del concepto de neurosis ha variado; actualmente el término, cuando se utiliza solo, tiende a reservarse a aquellas formas clínicas que pueden relacionarse con la neurosis obsesiva, la histeria y la neurosis fóbica. Así, la nosografía distingue neurosis, psicosis, perversiones y afecciones psicósomáticas, mientras que se discute la posición nosográfica de las denominadas neurosis actuales, neurosis traumáticas y neurosis de carácter. (Laplanche & Pontalis, 2004, pág. 236)

AUTISMO: Kanner describió un cuadro clínico distinto del de la esquizofrenia infantil, y consideró al autismo como una afección psicógena caracterizada por la incapacidad del niño pequeño, desde el nacimiento, para establecer contacto con su ambiente. (Marchesini, 2016)

INCLUSIÓN: Derecho a acceder, con equidad y calidad, al espacio de las oportunidades que confiere un ambiente educativo determinado (Booth & Ainscow, 2000)

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de tesis buscará determinar por medio de la recopilación y revisión de datos bibliográficos psicoanalíticos la dialéctica que existe en la relación de la pareja parental y su influencia en la inclusión social y educativa de sus hijos con síndrome de Asperger (en la actualidad englobada como TEA).

Para aquello se realizará un breve recuento histórico donde se especifiquen las diferentes perspectivas entre autores a través de la época, hasta llegar a la actual delimitación teórica sobre el Autismo y su vertiente el Asperger.

Sin embargo, es desde la perspectiva psicoanalítica y sus aportes sobre la conformación de los sujetos la que nos permitirá dar cuenta la posición a nivel estructural de los sujetos con Asperger.

Algunos autores plantean al autismo como una estructura la cual dista de las estructuras de la clínica clásica del lacanismo como son la psicosis, la perversión y la neurosis (obsesiva e histérica).

En el VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; Julia Martín y Martín Sosa, en su escrito “Perspectivas sobre el autismo: la construcción de la relación fenómeno-estructura en el psicoanálisis de la orientación Lacaniana” cita lo siguiente:

Marc Strauss (1993) se propone examinar la articulación entre la iniciativa, el Otro y la estructura, para proponer la forma peculiar del autismo. La manera del autista de arreglarse con el Otro sería más bien no dejar que ninguna iniciativa quede del lado del Otro, es decir, ser ellos los únicos organizadores de su mundo. Mientras Colette Soler habla de polo autista en el campo de la psicosis, Strauss va a ubicar una gradación en la variedad clínica de los cuadros de autismo que va hacia una pacificación y normalización del sujeto, como efecto del significante. Pero la especificidad del autismo, aquello que precisamente lo caracteriza frente a la esquizofrenia y a la paranoia, tiene que ver con una serie de diferentes articulaciones del sujeto al Otro. (Martín & Sosa, 2015)

Es así como desde la vertiente psicoanalítica se podrá ir delimitando los acontecimientos en torno a la estructura del autismo y su relación con el Otro.

Por otro lado se conoce que el asperger ha quedado fuera del actual manual de psiquiatría DSM V, los criterios diagnósticos que lo representaban han sido eliminados. Sin embargo, el síndrome de Asperger formaran parte del ahora llamado TEA (trastorno

del espectro autista), el cual contará con una división por grados de funcionalidad. El Grado 1 del trastorno del espectro autista, encajará con la sintomatología del anteriormente llamado Asperger.

El trastorno de Asperger comparte con el autismo clásico las alteraciones cualitativas en la interacción social y los repertorios restringidos y repetitivos, pero no se asocia a déficit intelectual. Estos pacientes adquieren un lenguaje fluido, aun cuando siempre aparecen alteraciones variadas en la pragmática. (Hernández, Risquet, & León, 2015)

Es por esto que en la presente tesis al hablar de Autismo se entenderá como síndrome de Asperger, en respuesta a la actual delimitación teórica psiquiátrica.

JUSTIFICACIÓN

El tema de la presente tesis lleva de nombre “Niños con síndrome de Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusión educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis.” La misma tiene como finalidad determinar cómo la presencia de los padres influye en la inclusión social y educativa de sus hijos con Síndrome de Asperger; por medio de la recopilación de conceptos psicoanalíticos.

El Psicoanálisis brinda aportes respecto a la categoría del sujeto y la influencia de los otros en el desarrollo de la subjetividad; evidenciando las estructuras clínicas lacanianas se puede precisar la posición del sujeto frente a la dinámica de la pareja parental y dentro de las mismas ubicar la dinámica de un sujeto con trastorno Asperger en dicha relación.

Es preciso considerar las normativas legales respecto a la inclusión de personas con capacidades especiales como los Autistas (Asperger) vigentes en el Ecuador con la finalidad de abordarlas desde la perspectiva psicoanalítica, las cuales permitirán ver al Sujeto Autista desde otra óptica, donde su diagnóstico no será una limitante para su inclusión educativa. Tendlarz (2011) dirá en su escrito Los Niños Autistas, “El psicoanálisis es una alternativa legítima de tratamiento para el autismo, tanto en su trabajo individual, junto al dispositivo de trabajo creado a su alrededor, como en el marco de la práctica "entre varios" institucional.” (Tendlarz, Niños Autistas, 2012)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la época, las discapacidades dejaron de ser un tabú, los sujetos con capacidades especiales ya no se encuentran segregados. Los aparatos estatales han buscado crear políticas y leyes que beneficien la inclusión de los sujetos con capacidades distintas asociadas, o no a discapacidades físicas. El Asperger, trastorno que se encuentra dentro de la categorización del espectro Autista, entraría entre los llamados sujetos con capacidades distintas sin discapacidad física. El trastorno del espectro autista particularmente el Asperger, mantiene en la actualidad un diagnóstico limitado; el cual hasta el momento ni la Psiquiatría, ni la Psicología han logrado encontrar alguna causa que justifique el padecimiento.

Formulación del problema de investigación

Hay que tener en cuenta que el Psicoanálisis brinda puntos teóricos desde diferentes autores; cada uno aporta información que permite dar cuenta sobre la relación de la pareja parental respecto a la conformación del sujeto, de esta forma se podrá ubicar ¿Cómo la relación entre padre y madre influye en la inclusión de los sujetos con Asperger a nivel social y educativo?

Objetivos

Objetivo general

Determinar por medio de la recopilación de datos bibliográficos brindados por la teoría psicoanalítica como la relación de la pareja parental influye en la inclusión social y educativa de sus hijos con Síndrome de Asperger.

Objetivos específicos

1. Investigar la estructuración de los sujetos y la posible ubicación del asperger dentro de las estructuras planteadas por el psicoanálisis.

2. Explicar la influencia de la pareja parental en la estructuración subjetiva de los sujetos.
3. Identificar distintos agentes socializadores los cuales favorezcan a la inclusión de niños con asperger. (familia, escuela, estado como instituciones)

METODOLOGÍA

Para la siguiente tesis, se empleará un marco metodológico longitudinal o evolutivo. Es a partir del texto Metodología de la investigación que señala, “Los diseños longitudinales son estudios que recolectan datos de distintos puntos del tiempo para realizar inferencias acerca de la evolución, sus causas y sus efectos de categorías, conceptos, sucesos, variables, contextos o comunidades; o bien de las relaciones entre estas”. (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010, pág. 158)

Los datos recolectados fueron extraídos de diversos textos bibliográficos, tanto físicos como digitales; literatura que fue analizada y revisada. La cual consiste en “detectar, consultar y obtener la bibliografía y otros materiales útiles para los propósitos del estudio, de los cuales se extrae y recopila información relevante y necesaria para el problema de investigación” (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010)

Como otra técnica para la recolección de datos para el presente trabajo de titulación fue la elaboración de cuestionarios semiestructurados que servirían para las entrevistas tanto a padres de familia de niños con autismo de alto funcionamiento con niños con Síndrome de Asperger; otro cuestionario para Psicólogos y para psiquiatras.

El tipo de investigación utilizado es cualitativo descriptivo; el cual busca recolectar datos sin medición numérica con la finalidad de describir los procesos por los cuales pasa la investigación para la comprobación la hipótesis.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: BREVE RECORRIDO HISTÓRICO SOBRE EL AUTISMO

En 1911 el término autismo tiene su aparición en un escrito por Eugen Bleuler en la ciudad de Viena así expone Mónica Benito sobre el uso de la terminología, “Como características concomitantes de las patologías esquizoide describió retraimiento autista, el rechazo de contacto con otras personas y un trastorno en su relación con la realidad.” (Benito, 2011)

Sin embargo 30 años después Leo Kanner describirá a partir del análisis de casos observados en niños pequeños, esencialmente varones, un cuadro clínico caracterizado por la extrema precocidad de su aparición puesto que se manifiesta desde el primer año de vida. (Lara, 2012)

Entre las apreciaciones dictadas por Kanner, se centrará en que la sintomatología de estos casos clínicos estará marcada por la inmovilidad del comportamiento, la soledad y un retraso importante o una ausencia de la adquisición del lenguaje verbal. (Lara, 2012)

En 1944 Hans Asperger ampliará la visión y diferenciación entre ciertos casos de Autismo, en su publicación *Die Autistische Psychopathen in Kindersalter*; la teorización realizada por el Dr. Asperger, se diferenciará del Autismo infantil precoz que definió Kanner, debido a que en su investigación precisó que cierta sintomatología presentada por sujetos de mayor edad no se observaron retraso significativo ni en el desarrollo cognitivo, ni en el lenguaje. (Lara, 2012) Los estudios del Dr. Hans Asperger darán el punto de partida al Síndrome de Asperger.

El Autismo y el Asperger serán diferenciados desde este punto por la gravedad y cantidad en la aparición de síntomas. Los síntomas presentados en cada trastorno varían en su gravedad en tanto que en el Autismo clásico se observan dificultades más profundas y severas en comparación con el llamado síndrome de Asperger.

Cuadro comparativo L. Kanner y H. Asperger	
L. Kanner	H. Asperger
<ul style="list-style-type: none"> • Retraso profundo en la comunicación. • Trastorno manifiesto durante los primeros años de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidez y dominio del lenguaje. • Aprendizaje considerable y producciones espontáneas. • La manifestación de los síntomas se da progresivamente en el niño.

Tabla 1 Cuadro comparativo L. Kanner y H. Asperger

Hoy, está reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un "Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) de carácter crónico y severo" (Ferrer, 2014).

Hans Asperger conceptualiza al Autismo desde otra vertiente distinta a lo propuesto por Kanner. El psiquiatra H. Asperger lo denominará como "psicopatología Autista" la cual iba a ser determinada por un desarrollo lingüístico apropiado en niños, incluso se observará en ciertos casos un desarrollo avanzado del lenguaje y su uso a nivel social, acompañado en ciertos casos imposibilidad para establecer un vínculo o lazo a nivel social con el otro.

Cuadro diferencial TEA	
Trastorno Espectro Autista (Rodríguez-Barrionuevo & Rodríguez-Vives, 2002)	Síndrome de Asperger (Junta de Andalucía, 2006)
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo deficiente de la interacción social • Presentan problemas en la comunicación (retraso en la adquisición del lenguaje o ausencia total de él) • Se manifiesta antes de los tres primeros años de vida • Poco o nulo contacto visual 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para formar amistades • Ausencia de reciprocidad social y emocional • Gran habilidad con el lenguaje • Dificultad en la expresión de afectividad y emociones

<ul style="list-style-type: none"> •El juego de los niños con autismo es monótono, carece de espontaneidad •Tienen conductas repetitivas 	<ul style="list-style-type: none"> •Coexistencia del desorden con la incapacidad de aprendizaje y dificultades en el área psicomotora •Buenos en habilidades de memoria (hechos, figuras, fechas, números, épocas, etc.) •Toman a menudo significados literales de lo que leen u oyen •Mal comportamiento por la inhabilidad para comunicar sus frustraciones y ansiedades •Movimientos repetitivos y estereotipados •Se diagnostica a partir de los siete años.
--	--

Tabla 2 Cuadro diferencial TEA - Síndrome de Asperger, datos extraídos (Rodríguez-Barrionuevo & Rodríguez-Vives, 2002) y (Junta de Andalucía, 2006)

Asperger desde el DSM IV y DSM V

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), se puede encontrar la clasificación de los trastornos mentales; los cuales serán diagnosticados según los criterios establecidos en cada uno. Sin embargo existe una distinción en la clasificación realizada por el DSM, a diferencia del manual IV donde el asperger formaba parte de los llamados TGD (trastornos generalizados del desarrollo), en el actual manual (DSM - V) dicho trastorno ha sido sustituido por la categoría general “trastornos del espectro autista” (TEA).

En el DSM IV el trastorno de asperger se lo encuentra con el código 299.80 (F84.5). El DSM IV expone:

Las características esenciales del trastorno de Asperger son una alteración grave y persistente de la interacción social (Criterio A) y el desarrollo de patrones del comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivos (Criterio B). El trastorno puede dar lugar a un deterioro clínicamente significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). En contraste con el trastorno autista, no existen retrasos del lenguaje clínicamente significativos (p. ej., se utilizan palabras simples a los 2 años de edad y frases comunicativas a los 3 años de edad) (Criterio D). Además, no se observan retrasos clínicamente significativos del desarrollo cognoscitivo ni en el desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad del sujeto, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia (Criterio E). No se establece el diagnóstico si se cumplen criterios de cualquier otro trastorno generalizado del desarrollo específico o de esquizofrenia (Criterio F).

Extraído de: (Asociación Americana de psiquiatría, 1995)

Para que el diagnóstico sea validado el paciente deberá tener alguno o todos los criterios según plantea el manual IV:

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiados al nivel de desarrollo del sujeto.

3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)

4. Ausencia de reciprocidad social o emocional.

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.

2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

4. Preocupación persistente por partes de objetos.

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

Extraído de: (Asociación Americana de psiquiatría, 1995)

En el DSM V, el trastorno del asperger será englobado y determinado por los Trastornos del espectro autista, el cual se lo encuentra con el código 299.00 (F84.0); para que el diagnóstico sea validado el paciente deberá tener alguno o todos los criterios según se plantea en el manual

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes:

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

Trastorno del espectro del autismo

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante, Con o sin deterioro del lenguaje acompañante
Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)

Extraído de: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Clasificación desde la Política Pública

La inclusión de niños con TEA se ha estado llevando a cabo en ciertos centros de estudio sin necesidad de alguna ley que ampare a los sujetos autistas; sin embargo, en la actualidad existe una ley que exige a los centros de estudios a tener mínimo uno o dos alumnos con algún tipo de discapacidad ya sea TEA, Retraso mental (leve o moderado) o Síndrome de Down.

En el acuerdo 295-13 de inclusión el ministro de educación Augusto X. Espinosa A. “Considerando que la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad determina en su artículo 24 el derecho a la educación de las personas con discapacidad sin discriminación y sobre la base de la igualdad y oportunidades en un sistema educativo inclusivo a todos los niveles, así como la enseñanza a lo largo de la vida con miras a: a. Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana; b. Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y física; y c. Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre” (Espinosa, 2013)

También se considera que la Carta Suprema en el artículo 26 establece que la educación es un derecho de todas las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del

estado; tanto las personas, familia y sociedad tienen derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo. (Espinoza, 2013)

Aunque ahora se estén dando las facilidades para que los niños estudien sin “algún tipo de dificultad” no se puede desentender a los padres de cumplir con su rol, ya que sus hijos no son “raros” solo tienen una condición diferente que puede ser tratada para que se vea un avance y pueda relacionarse con los demás si bien no será fácil ni tendrá acogida de inmediato por sus compañeros, es un proceso a largo plazo que permitirá que el niño con TEA tenga un mejor estilo de vida

El Gobierno del Ecuador, por medio de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo en el año 2013 dio a conocer doce objetivos, los cuales integran el Plan Nacional del Buen Vivir.

El objetivo número dos (Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad) propone el reconocimiento igualitario de los derechos de todos los individuos el cual implica la consolidación de las políticas de igualdad que eviten la exclusión y fomenten la convivencia social y política. (Secretaría Nacional Del Buen Vivir, 2017)

Parte de la población beneficiada por el objetivo estatal mencionado, son los sujetos con trastorno del espectro autista y sus familias. Debido a aquello tendrían el respaldo del estado en su inclusión social y educativa.

CAPÍTULO 2: ESTRUCTURACIÓN SUBJETIVA

Antes de explicar la posición del psicoanálisis frente al autismo, será fundamental precisar, la conformación de los sujetos en tanto su estructura subjetiva. Teniendo en cuenta los tres registros Lacanianos que se ponen en juego para su conformación.

Posteriormente se especificará lo concerniente al cuerpo de los sujetos desde cada registro, para adentrar el tema correspondiente al cuerpo del autista.

Finalmente se explicarán dos estructuras psicoanalíticas (Neurosis y psicosis) las cuales distan de la estructura del Autismo.

Estructuración del sujeto

Desde sus primeros escritos, Lacan va a definir al sujeto desde la vertiente del significante, la misma que sostiene a lo largo de sus obras. Sin embargo será en su seminario, RSI (1975), donde dará un giro a sus teorizaciones y planteará el anudamiento de tres registros real, simbólico e imaginario los cuales se ponen en juego en la estructuración del sujeto.

Se tratará del enlace entre los tres registros antes expuestos, anudados entre sí. Esthela Solano en su texto *La clínica de los nudos* dirá, “Los tres registros mantienen entre si una relación Borromea, ellos comporta que estos tres registros sean anudados” (Solano, 2002)

Sin embargo será necesario repasar las teorizaciones respecto de los tres registros antes de explicar la estructuración del sujeto desde las últimas enseñanzas de Lacan.

Los registros que giran alrededor de las teorizaciones Lacanianas son lo Real, lo Simbólico y lo Imaginario.

Lo Imaginario

Lacan (1949) en su escrito *El Estadio del Espejo como Formador de la Función del Yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia Psicoanalítica*; realiza la introducción a la vertiente de la conformación del YO y su función, la cual explicará mediante la institución del estadio del espejo en donde el niño podrá identificar su propia imagen utilizando la mirada; mirada de Otro que lo acoja. Con esto Lacan mostrará que en esta etapa “La forma total del cuerpo (...) no le es dada sino como Gestalt al niño, es decir, en una exterioridad donde sin

duda esa forma es más constituyente que constituida, pero donde sobre todo le aparece en un relieve de estatura” (Lacan J. , 1949)

Por otro lado, Juan David Nasio explicará que, El Yo es el pronombre personal que indica la singularidad de un sujeto entre los demás seres humanos; el sujeto se piensa único y lo afirma de manera completamente natural diciendo “Yo”. El Yo implica sentir uno mismo instalado en un cuerpo, obedeciendo a sus necesidades. (Nasio, 2008)

El Yo vendrá a ser aquella fachada que se le muestra al Otro, en cuanto la máscara que muestran los sujetos al resto de las personas. Responde a aquello que se desea mostrar a los demás.

José María Blasco (1992) en su texto *El estadio del espejo: Introducción a la teoría del yo en Lacan*, expondrá “El otro, en tanto viene a ser otro como yo, mi semejante, como se dice, viene a ocupar precisamente el lugar que mi imagen ocupaba en el espejo, en el sentido de que por ser la experiencia del espejo formadora, simplemente no hay otro lugar.” (Blasco, 1992) El Yo, al cual se refiere, vendrá a ser la representación respecto del mismo sujeto en cuanto su imagen, una perspectiva sin fisuras ni fallas.

Por lo tanto Lacan, definirá por medio de sus avances teóricos, lo imaginario instaurado gracias a la teorización del estadio del espejo antes expuesto; es a partir de esta constitución de la imagen, que observa el niño frente al espejo en donde se instaurará la estructuración del Yo.

Por medio de la observación del Otro frente al espejo, el niño reconocerá la concepción general sobre la imagen de su propio cuerpo. La imagen total a la que se refiere le brinda al niño la posibilidad de identificarse con la imagen de un cuerpo en su totalidad.

Lo simbólico

En primera instancia, la madre se encargara de mostrar al niño su imagen en el espejo, este momento, la madre empieza a nombrar al niño, quien ve su imagen en el espejo y se reconoce. Este nombrar va a otorgando significados al niño, palabras con las que significará este cuerpo. Por lo que este “imaginario” antes expuesto va a emerger de la mano con lo simbólico.

El psicoanálisis por medio de Lacan interpretará el Orden simbólico como la significación de los símbolos, y como cada sujeto va a interpretarlos, en otras palabras podemos identificarlo como el mundo metafórico.

En 1955, Lacan en sus Escritos tales como: "La carta robada" y en el seminario "Las psicosis", trabajará el esquema L, por medio del cual introduce una articulación entre el orden simbólico y el orden imaginario.

El esquema L, se referirá Lacan a la representación de la estructura del sujeto y la diferencia entre la A y a. Lacan expondrá en el seminario 3 Las Psicosis (1995):

Nuestro esquema, les recuerdo, figura la interrupción de la palabra plena entre el sujeto y el Otro, y su desvío por los dos yo, a y a', y sus relaciones imaginarias. Aquí está indicada una triplicidad en el sujeto, la cual recubre el hecho de que el Yo del sujeto es quien normalmente le habla a otro, y le habla del sujeto, del sujeto S, en tercera persona. Aristóteles hacía que no hay que decir que el hombre piensa, sino que piensa con su alma. De igual manera, digo que el sujeto se habla con su Yo. Sólo que en el sujeto normal hablarse con su yo nunca es plenamente explicitable, su relación con el yo es fundamentalmente ambigua, toda asunción del yo es revocable. En el sujeto psicótico en cambio, ciertos fenómenos elementales, y especialmente la alucinación que es su forma más característica, nos muestran al sujeto totalmente identificado a su yo con el que habla, o al yo totalmente asumido bajo el modo instrumental. El habla de él, el sujeto, el S, en los dos sentidos equívocos del término, la inicial S y el Es alemán. Esto es realmente lo que se presenta en el fenómeno de la alucinación verbal. En el momento en que aparece en lo real, es decir acompañado de ese sentimiento de realidad que es la característica fundamental del fenómeno elemental, el sujeto literalmente habla con su yo, y es como si un tercero, su doble, hablase y comentase su actividad. (Lacan J. , 1955)

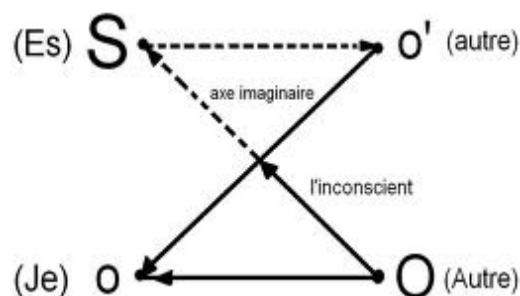


Tabla 3 Esquema L (Lacan J. , 1955)

Lo real

El Concepto de Lo real desde Lacan vendrá a ser aquello que escapa del orden simbólico, en otras palabras, será lo que no logra ser significado; no tiene símbolo, ni imagen es por esto

que no puede simbolizarse ni representarse. Ana Paula Brito en el congreso de la AMP (Un Real para el siglo XXI) cita a Lacan, en el seminario VII, La ética del psicoanálisis, en el cual expone lo real como una nueva alteridad del significante, o sea, como "fuera-de-significado", a partir del Das Ding. (Brito, 2013)

El Das Ding vendrá a ser una terminología Freudiana utilizada por varios autores para determinar aquello en relación al Otro. Lacan utilizará este término Freudiano en la clase 14 de su seminario 16. Cristina Virgilio dirá,

En este seminario, Lacan centrará su enseñanza en las relaciones entre lo propio y lo ajeno, lo conocido y lo extraño, lo interior y lo exterior, el término éxtimo del que hablamos más arriba; en suma las relaciones del sujeto con el otro y el Otro, lo mortificante y lo vivificante del orden simbólico y de las relaciones humanas. (Virgilio, 2012)

Se entenderá entonces en cuanto al Das Ding como aquello que se escapa de lo simbolizable, lo que no logra tener significado, aquello tormentoso.

La clínica de los nudos

Para comprender más a fondo respecto a la importancia y validez en la clínica Lacaniana respecto a los tres registros. Se buscará explicar la importancia de su entrelazamiento y su relación entre sí. Su anudación responderá a la constitución subjetiva de los sujetos.

La anudación de los tres registros (real, simbólico e imaginario), expondrá Esthela Solano.

Refiriéndose a la última enseñanza de Lacan, los tres registros mantienen entre sí una "relación borromea". Ello comporta que esos tres registros sean anudados, pues el nudo borromeo implica un mínimo exigible de tres elementos. Dicha propiedad "confiere valor a una relación que no existe más que a partir de tres", lo que convierte al nudo borromeo en un "ser de tres". (Solano, 2002)

Lacan en la clase 1 del seminario 21 "Los no incautos yerran O los nombres del Padre" (1973) planteará una de las primeras aproximaciones referentes al lazo borromeo de lo simbólico, lo imaginario y lo real en dicho seminario según Claudio Godoy y Fabián Schejtman, el borromeo pasa a caracterizar la relación que se establece entre las "tres dimensiones del espacio habitado por el hablante", el lazo de lo simbólico, lo imaginario y lo real. (Godoy & Schejtman, 2010)

La anudación de los tres registros será un punto fundamental en lo que respecta a la estructuración subjetiva del neurótico, y a la puesta en juego de cada uno de los registros para determinar una posible psicosis. Siguiendo la investigación de Godoy y Schejtman, respecto a las teorizaciones Lacanianas de los tres registros, diferencian dos puntos relevantes respecto al uso del Lazo Borromeo en Lacan.

Plantean dos usos distintos del nudo determinado por el año en el cual se utilizó la terminología,

En la primera (entre comienzos de 1972 y fines de 1973) el nudo borromeo es aplicado al encadenamiento significativo, utilizado para el abordaje de la psicosis, entendido como metáfora o representación de la estructura, en tanto que su desencadenamiento se explica por el corte o incluso el "reventón" de alguno de sus eslabones. En la segunda (desde fines de 1973, pero más decididamente desde 1974-75), el borromeo se aplica al lazo entre los registros Lacanianos, se utiliza para el abordaje de la neurosis. (Godoy & Schejtman, 2010)

El concepto de imagen del cuerpo desde Juan David Nasio a través de la enseñanza de Jacques Lacan

Continuando con la revisión bibliográfica respecto a la constitución subjetiva, es necesario puntualizar, a su vez, las distintas vertientes respecto a lo que ocurre en el cuerpo de los sujetos desde lo Real, lo Simbólico e Imaginario. Para diferenciar, posteriormente, que ocurre con el cuerpo en el autista. De esta forma, se revisará las conceptualizaciones de Jacques Lacan a través de Nasio respecto al cuerpo.

Juan David Nasio propone el concepto de cuerpo a partir de Dolto desde una lectura de Lacan en su texto "Mi Cuerpo y sus imágenes". Nasio dirá, la Imagen del cuerpo es como la sustancia misma del yo de cada persona. (Nasio, 2008) El Yo como la idea íntima que se forja el sujeto de su cuerpo influenciada por la imagen que devuelve el espejo.

Siguiendo a la Lacan, Nasio expondrá la conformación del YO; desde su mirada, el Yo está compuesto por dos imágenes corporales, diferentes pero indisociables: La imagen mental de las experiencias corporales y la imagen especular del propio cuerpo. (Nasio, 2008).

Para Nasio La imagen del cuerpo es la sustancia deformante del Yo; es el resultado de la interpretación completamente personal y afectiva de lo que se siente y de lo que se ve del propio cuerpo. Cada experiencia vivida, sea favorable o desfavorable, queda grabada en nosotros la cual vendría a ser nuestra visión del cuerpo.

En el capítulo 2 del texto de Nasio; El concepto de Imagen del Cuerpo del texto Mi cuerpo y sus imágenes, él expondrá, el ¿Por qué? De esta percepción deformada del cuerpo. Iniciará planteando una serie de preguntas, la principal, ¿Por qué son falsas nuestras imágenes corporales? La percepción deformada por la influencia de los sentimientos, de las reviviscencia de las experiencias infantiles, y además, por la presencia del Otro.

Percibimos la cosa real que tiene un valor afectivo para cada uno, a través del filtro de un fantasma compuesto por cuatro lentes deformantes: Los sentimientos, el recuerdo, el gran Otro y la imagen antigua del objeto que se superpone a la imagen de hoy y la deforma; el cuerpo será percibido según como cada sujeto se lo imagina. El fantasma, el cual viene a ser el velo por el cual percibimos el mundo, va a deformar la imagen. (Nasio, 2008)

El cuerpo y la imagen desde el Psicoanálisis se lo podrá entender por medio de las tres dimensiones de lo real, lo imaginario y lo simbólico: el cuerpo real, el cuerpo imaginario y el cuerpo simbólico que plantea Jacques Lacan.

El cuerpo real

Siguiendo a Nasio, es el cuerpo de las sensaciones (sensorial), de los deseos (erógeno) y del goce (tensiones). Nasio expondrá,

El cuerpo real es el cuerpo que no pueden asir ni los sentidos, ni las palabras ni los símbolos, el cuerpo que se sustrae a toda aprehensión directa, entera y definitiva. Eso es el cuerpo real. De modo que, en realidad, el cuerpo real no es más que el fondo más íntimo de nuestro ser, el soporte más oscuro y secreto de todo un movimiento de percepciones y de construcciones fragmentarias de imágenes corporales. (Nasio, 2008)

El cuerpo imaginario

Desde Lacan, el cuerpo imaginario va a ser instaurado en el estadio del espejo, Nasio planteará que este cuerpo a nivel imaginario es el cuerpo visto, principalmente en el espejo (Nasio, 2008), ya que es a través del espejo por medio que el niño va a instaurar la imagen de su cuerpo. El cuerpo percibido en el espejo será captado como una silueta. Nasio dirá, que esta silueta será vista por el sujeto como una sombra humana. Esta imagen percibida en el espejo será expuesta en el seminario IV de Lacan, en el cual hablará sobre la Imagen

especular, esa imagen instantánea del cuerpo, capturado de una vez y como un todo (Gestalt). (Lacan J. , 1994) A su vez, la imagen especular se podrá reconocer en la apariencia del semejante, la cual se podrá reconstruir mentalmente.

El cuerpo simbólico

Cuando J. Lacan expone su idea sobre el símbolo, parte de la idea de que éste tiene la potestad, no solo de modificar la realidad, sino también de engendrarla o sustituirla. Lacan llamará *significante*, cuando un símbolo produce efectos en la realidad; y lo define, como un elemento formal capaz de transformar la realidad. (Lacan J. , Seminario 22 , 1974) De esta concepción teórica, se precisará el llamado cuerpo *significante*.

Retomando a Nasio, en su texto *Mi cuerpo y sus imágenes* expondrá la definición del cuerpo simbólico, Nasio dirá, Si el cuerpo imaginario es el cuerpo cuando éste produce sentido, el cuerpo simbólico es el conjunto de los nombres y símbolos que designan diversos aspectos de nuestro físico y que tienen el poder de producir efectos en nuestra vida. (Nasio, 2008).

Es decir, el cuerpo imaginario vendrá a ser una imagen que genera un sentido el cuerpo simbólico será un *significante* que produce, no sólo un sentido, sino también efectos concretos en lo real. (Nasio, 2008)

Siguiendo a Lacan, se puede concluir que lo imaginario hace que el ser hablante se demuestre consagrado a la debilidad mental, en tanto que el punto de partida de ésta es la referencia al cuerpo y al hecho de que su representación no es sino el reflejo de su organismo lo Real es lo que es estrictamente impensable la lengua que se sospecha que es la más bruta es justamente aquella que forja este término: *intelligere*, leer entre las líneas, a saber en otra parte que la manera en que lo Simbólico se escribe. Es en este efecto de escritura de lo Simbólico que se sostiene el efecto de sentido (Lacan J. , 1974)

Esthela Solano plantea, la propiedad borromea consiste, como bien se sabe, en el hecho de que “si se corta uno de los tres registros, todos quedan libres”. A partir de aquí, lo simbólico, lo imaginario y lo real se convierten en homogéneos. (Solano, 2001). Es por esto que es necesario al menos 3 elementos para poder dar cuenta de la estructura borromea, lo real lo simbólico y lo imaginario.

Siguiendo a Clara Bardón en su texto, los trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia, los tres registros (lo imaginario, lo simbólico y lo real) deben anudarse entre sí

para que la estructura subjetiva se sostenga y pueda constituir una realidad que pueda compartir con los otros y en la que el sujeto pueda funcionar. (Bardón, 2004)

Tomando esta conceptualización como punto de partida para referir a la relación entre los tres registros en la subjetivación de los sujetos y las posibles estructuras clínicas desde el psicoanálisis (Neurosis o psicosis) y la multiplicidad de vertientes desde las enfermedades mentales como es el caso del Asperger.

Estructuras Clínicas

La clínica psiquiátrica francesa era una disciplina de observación, que pretendían ser objetiva, que seguía viva en la medida en que llegaban a delimitar, a aislar, a puntualizar nuevas entidades clínicas. Desde hace 50 años la observación psiquiátrica no se ha descubierto nuevas entidades clínicas.

La psiquiatría y la psicología mantienen una concepción médica, su perspectiva respecto a las “estructuras clínicas” (enfermedades mentales) de las personas van a ir de la mano de una mirada fenomenológica según la sintomatología a nivel físico o biológico. Su mirada va a ir trazada bajo los diagnósticos establecidos por los manuales DSM-V o CIE-11 desde la psiquiatría. Bajo estas delimitaciones los conceptos de salud y enfermedad serán bajo la óptica médica; así mismo, la psicología en general se basará en la misma medida. Las distintas vertientes psicológicas mantendrán diferentes parámetros para determinar el comportamiento “normal” o “adecuado” de las personas según la cultura, la sociedad o la misma época.

Tanto la psicología como la psiquiatría mantendrán a su vez un contraste entre la salud mental y la enfermedad mental referentes a su tratamiento. Psiquiatras y psicólogos buscarán en su tratamiento la erradicación de los síntomas en las enfermedades mentales.

La psicología clínica y la psiquiatría refieren dos concepciones diferentes a como tramitan su objeto de estudio. Por un lado la Psicología clínica tiene como objeto de estudio la conducta en tanto está constituida desde los procesos psicológicos básicos y los procesos subjetivos, mientras la psiquiatría ve la enfermedad como un padecimiento y afección del órgano. Por lo tanto su dirección de tratamiento difiere a partir de que la concepción del síntoma, en tanto es vista desde lugares singulares, por medio de la particularidad de su objeto de estudio.

La perspectiva psicoanalítica es significativamente diferente a la psiquiatría, su visión no será determinada bajo la óptica de las enfermedades mentales, sino en estructuras clínicas. Hernando Bernal expondrá en su texto las estructuras clínicas en el psicoanálisis lacaniano lo siguiente,

“El psicoanálisis tiene, a diferencia de la psiquiatría, una clínica basada en tres grandes cuadros, que conforman a su vez las denominadas Estructuras Clínicas. Ellas le permiten al psicólogo clínico, como al psicoanalista, comprender un sin número de comportamientos que reflejan la posición subjetiva de cada sujeto en el mundo” (Bernal, 2009)

Lacan a partir de las enseñanzas de Sigmund Freud mencionará tres estructuras clínicas a lo largo de sus teorizaciones. Las estructuras clínicas, también conocidas como estructuras psíquicas a las que se refiere lacan son, la neurosis, la psicosis y la perversión.

Para hablar de las estructuras psíquicas se debe retomar los conceptos expuestos anteriormente respecto a la estructuración subjetiva, anudamiento de los tres registros, Real, Simbólico e imaginario. La puesta en juego de cada registro posibilitara la distinción de las estructuras psíquicas en tanto neurosis, psicosis o perversión.

En la presente tesis se detallará la consolidación de la Neurosis y la psicosis desde la vertiente psicoanalítica Lacaniana tomando como punto de referencia la función del nombre del padre. Mónica Torres, en su texto Clínica de las neurosis expone, “En la clínica del nombre del padre, el hecho de que el sujeto sea neurótico o psicótico depende, fundamentalmente, del campo del Otro.” (Torres M. , 2005)

Por lo que referirá a la relación de las funciones que ejercen los padres en relación al niño. Determinada por el Nombre del Padre (NP) y el Deseo de la Madre (DM).

Como se planteó con anterioridad se explicaran las estructuras determinadas bajo la vertiente de la función paterna (NP) y su relación en la estructuración de los sujetos.

La neurosis

Por cierto lado en la Neurosis el NP (Nombre del padre) se verá puesto en juego determinando la instauración del falo, a continuación un breve apartado respecto a la función metafórica del NP expuesta por Mónica Torres,

La función del nombre del padre hará su labor en la neurosis en cuanto vendrá a suplir al Deseo de la Madre el cual fue instaurado en el estadio del espejo. Torres dirá, “En la neurosis, el significante del Nombre del Padre va a sustituir al Deseo de la Madre lo cual produce la significación fálica para el sujeto: es la metáfora paterna.” (Torres M. , 2005)

En lo que respecta a la neurosis, Mónica Torres citando a Lacan expone, “Las primeras dos estructuras que Lacan pensó para organizar la neurosis fueron la metáfora valiéndose, fundamentalmente, del Nombre del padre y la Metonimia que se refiere al deseo, es decir a la falta en ser” (Torres M. , 2005)

La Psicosis

Si bien el Nombre del padre vendrá a instaurar el orden simbólico en los sujetos, por lo que constituirá una neurosis (Obsesiva o histérica dependiendo de las formas de gozar). La no instauración del nombre del padre devendrá una forclusión de la misma, en consecuencia se posibilita la psicosis, En el mismo texto, Torres (2005), expondrá, “Cuando hay forclusión del nombre del padre y no hay metáfora paterna, el fenómeno psicótico retorna desde lo real.” (Torres M. , 2005)

Al haber fallado la metáfora paterna, devendrá una psicosis; el niño queda apresado como objeto de la madre, ya que el falo imaginario fracasa. Adriana Abeles, en su artículo, posición del niño en la estructura, afirmará que, si hay falo (el niño) no es el objeto de la madre, si es el objeto es lo que la completa y si no es desalojado de ese lugar, quedará en la posición de la psicosis. (Abeles, 1999)

Lo cual servirá para dar cuenta la distinción entre el sujeto Neurótico y el Psicótico en cuanto la relación madre – niño – padre.

El niño neurótico	El niño psicótico
<ul style="list-style-type: none"> •El Síntoma del niño neurótico esta articulado en el efecto de sentido, en tanto vendrá a responder a la angustia de la lengua (S1-S2), 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta desalojado de la metáfora fálica; por lo tanto el Nombre del Padre queda forcluido. Al quedar forcluido queda fuera del discurso y de la ley.

<ul style="list-style-type: none"> • El sujeto habita en la significación; habita en lo que se había nombrado como metáfora fálica (La ley) • El síntoma satisface un goce, es tener en cuenta lo que hay de más imposible en el síntoma, es decir, aquello que en el síntoma opera no como simbólico, sino como real. Por lo tanto el síntoma será la respuesta ante la angustia del primer S1 (las primeras palabras - la lengua) 	<ul style="list-style-type: none"> • La posición del niño psicótico vendrá a ser determinada a partir de la falla en la función paterna. La función paterna como formadora del orden simbólico. Por lo que el niño psicótico no logrará entrar a este orden. • El síntoma del niño psicótico revela una posición donde el niño no se presenta como sujeto de la palabra, sino que viene de ocupar el lugar de un objeto, no de un sujeto sino de un objeto.
---	---

Tabla 4 Cuadro diferencial Niño neurótico y Niño Psicótico (Solano Suarez, 2002)

Trastornos mentales graves desde la perspectiva psicoanalítica

Los trastornos mentales graves, no forman parte de las estructuras planteadas por el psicoanálisis, más bien serán abordadas como tales desde la psiquiatría. Sin embargo para poder tener una comprensión más amplia respecto a la ubicación de estas “estructuras” se realizará un breve recorrido. Con lo que respecta al presente tesis, el Autismo vendrá a formar parte de los llamados Trastornos mentales graves (TMG) desde la psiquiatría.

El autismo, la esquizofrenia infantil u otras psicosis primarias, se producen, según Clara Bardón, en el primer contacto con el lenguaje que implica un doble movimiento; la inclusión del niño en el lenguaje por medio del Otro que le dispensa sus cuidados, a su vez, el niño debe consentir a esa mediación del lenguaje en su relación con el Otro a través de la demanda que le dirige. (Bardón, 2004)

Este encuentro con el Otro, según Bardón, va a permitir el inicio del proceso de simbolización de su realidad y de su ubicación en ella. (Bardón, 2004)

Por lo que la detección temprana del diagnóstico será un punto a favor para que su encuentro con el Otro no llegue a ser intrusivo. El diagnóstico permitirá realizar un debido tratamiento el cual permitirá una mejor vinculación en lo social; ya que como se conoce el

sujeto autista u otros trastornos mentales graves dependiendo de su nivel de funcionamiento se encontrará en el lenguaje, mas no en el lenguaje por lo que dificulta llevar a cabo un lazo social.

CAPÍTULO 3: EL AUTISMO DESDE EL PSICOANÁLISIS.

El autismo ha sido un tema debatido durante más de cincuenta años, incluso ha llegado a suplantar a las “psicosis infantiles” en el campo de los “trastornos invasivos infantiles”. Eric Laurent en su texto “La Batalla del autismo” cita a Ian Hacking quien señalaba que el autismo se asociaba con la esquizofrenia infantil; sin embargo fueron definiciones separadas en 1979 (Laurent E. , 2013, pág. 23)

Los psiquiatras deseaban proponer una clínica del autismo y de los “trastornos invasivos del Desarrollo” radicalmente separados de la psicosis infantil; luego de ser amparados por ciertas leyes el diagnóstico del Autismo empezó a ser destacado de las psicosis infantiles, y se empezaron a visualizar o a conocer más casos de autismo.

Para orientar la clínica del autismo se tendrán en cuenta ciertos puntos, a continuación se los exponen.

Ubicar disposiciones de la estructura subjetiva desde los conceptos del psicoanálisis que conformen un estatuto para el llamado “Autismo infantil” y se conforme la posibilidad de un trabajo interdisciplinario; presentar operatorias clínicas, conceptualizar el autismo desde las coordenadas del psicoanálisis y desde la interdisciplina lo cual marcará algunas posiciones con respecto a la gráfica, la estimulación, la música, la musicoterapia y otras actividades de los niños con este diagnostico (Annoni, 2012, pág. 111)

Para que dichos objetivos se cumplan se pondrá en consideración la constitución de los sujetos en el psicoanálisis, a continuación se mencionará lo expuesto en capítulos anteriores refiriendo al niño y su relación con el Otro.

Un niño para el psicoanálisis no nace solo en lo biológico, sino también nace más bien del deseo del Otro. Este Otro será quien acoja al niño permitiéndole vivir, ya que al nacer el niño lo hace inmerso en lo real; lo real en tanto el recién nacido experimenta nuevas sensaciones, agujeros, vacíos, secreciones; y es ahí donde la madre como Otro lo acogerá por medio de la mirada y la palabra. (Catalá, 1991, pág. 15)

Es la madre, en tanto función materna mas no necesariamente biológica, sino el sujeto en lugar del Otro quien interpretará los gritos del recién nacido; si los gritos del niño no fueran atendidos y quedarán solo en eso en gritos; es decir el niño quedaría solo en lo Real. Por lo tanto, el deseo de la madre, lo introduce en el estatuto de lo simbólico, en donde, el cuerpo se articula al símbolo. Sin embargo, tomando en cuenta aquel deseo materno en relación con niños Autistas y lo que ocurriría con las funciones maternas y paternas Manzotti explicará,

Considerar al niño autista en la vertiente de los trastornos graves en la subjetivación articula, entonces, una toma de posición en relación a la nominación psiquiátrica: “Trastorno generalizado del desarrollo” (TGD) pues posibilita sostener, para estos niños, que la estructura “no se concibe sin decisión” y que en ellos una insondable decisión del ser de no ceder al significante, mantener al Otro al margen y hacer de la lengua una lengua materna. (Manzotti, 2008, pág. 28)

A su vez, Silvia Tendlarz citando a Maleval planteará al Autismo como estructura que se caracteriza por un rechazo de la alienación significativa y de un retorno del goce sobre un borde.

Esta expresión, continuará exponiendo Tendlarz, refiriéndose a como el objeto se encuentra pegado al cuerpo de modo tal de construir una "caparazón autista" en su particular dinámica libidinal. (Tendlarz, 2012)

El trastorno simbólico genera una enunciación muerta, desfasada, borrada o técnica. No se trata de un déficit cognitivo sino de una relación particular con el significante. Este rechazo impide que el goce se embarque en la palabra, y en su lugar retorna sobre un borde, con un objeto al que el autista se encuentra pegado: Se construye así un caparazón dentro de una dinámica libidinal. El borde autista es una formación protectora frente a un Otro amenazante, y dispone de tres componentes esenciales: la imagen del doble, los islotes de competencia y el objeto autista. (Tendlarz, 2012)

Siguiendo estas conceptualizaciones de Silvia Tendlarz, en el Autismo vendrá a ponerse en juego una dificultad en el orden simbólico, por lo que al no haber significación o un rechazo a la significación, no se encontrará una forma de comprensión del Otro. Por lo que la salida que encuentra el Autista será crear un recurso para defenderse de este Otro invasivo.

Asperger, entre el Autismo y la Psicosis (delimitación teórica)

“En el autismo, esquizofrenia y psicosis de inicio de la primera infancia, se encuentra un fallo en la simbolización.” (Bardón, 2004)

En el actual manual de psiquiatría, DSM V, se plantea la inclusión del Trastorno de Asperger dentro del trastorno del espectro Autista (TEA), desapareciendo como “Trastorno” en los manuales de psiquiatría.

Realizando esta delimitación a nivel de criterios diagnósticos, los síntomas presentados en el Asperger podrían fácilmente formar parte del ahora llamado autismo Grado 1, se trata del trastorno del espectro autista más leve, pues su sintomatología no le impide al niño llevar una vida autónoma, aunque en ocasiones necesita ayuda. En este tipo de autismo el sujeto presenta dificultades para establecer relaciones sociales, y es frecuente que muestre respuestas o reacciones inusuales cuando se relaciona con los demás. (Delgado, 2016)

Por esta razón, se manejará la nomenclatura “Autismo” para referir al Asperger. A su vez es fundamental retomar las estructuras clínicas para determinar como el Autismo puede encajar o no en una de ellas.

Se iniciará la distinción en referencia a la estructura clínica de la psicosis; para el psicoanálisis la psicosis, vendrá ser consecuencia de la forclusión del nombre del padre, tomando en cuenta la lógica del significante el cual va a ser instaurado mediante la función paterna en la instauración del falo. Según Lacan siguiendo el esquema R, (Lacan J. , 1987)

Joel Dör, planteará, la metáfora del nombre del padre vendrá a ser una operación para la estructuración subjetiva. Ya que en primer lugar, ordena el acceso a lo Simbólico al niño en tanto que sujeto. En segundo lugar, impone al sujeto una estructura de división (\$) (Dör, 1996).

Dör, dirá que el sujeto es dividido por el orden significante del cual él no es más que un efecto, y es a partir de esta división que adviene el sujeto del inconsciente. Finalmente, instala al niño en posición de sujeto deseante, rompiendo así con su situación anterior de objeto del deseo del Otro. Por último, la metáfora del Nombre del Padre interviene como operador de la simbolización de la Ley (prohibición del incesto), o sea de la castración simbólica. (Dör, 1996).

Siguiendo las coordenadas dictadas por Joel Dör respecto a la enseñanza de Lacan, la función del nombre del padre va a permitir la estructura neurótica, sin embargo, la forclusión del nombre del padre desencadenaría en una posible psicosis.

Partiendo de este punto se podrá determinar la función de la cadena significante en la psicosis y en el Autismo. Tomando las teorizaciones de Marita Manzotti en su texto Clínica del autismo infantil, menciona que, la entrada en el campo del sentido y de la significación se produce por el enlace del S1 y S2, del campo del Otro. (Manzotti, 2008)

Si este lazo aparece cortocircuitado, manifestará Manzotti, no hay posibilidad de la inscripción y por ende, la lectura de la huella que inscribe una experiencia de goce en el cuerpo. (Manzotti, 2008)

Eric Laurent, expondrá en su texto la batalla del autismo que:

En la psicosis, hay trastorno de la cadena entre dos significantes, un S1 y un S2, debido a la ruptura de la articulación entre uno y otro, y más precisamente debido a la descomposición de los fenómenos que los estructuran como mensajes. Las perturbaciones y las rupturas en el plano del mensaje, como las interrupciones o los obstáculos identificados por Kraepelin en la esquizofrenia, son fundamentales en toda patología alucinatoria (Laurent E. , 2013, pág. 107)

En el autismo, dirá Laurent, esta interrupción del mensaje no es reconocible; tales fenómenos de ruptura no aparecen en primer plano. (Laurent E. , 2013)

Se trata más bien de la repetición de un mismo significante, de un significante Uno, de un S1, radicalmente separado de todo otro significante, que por lo tanto no remite a ningún S2, pero que produce, no obstante, un efecto de goce que es manifiesto por el mismo hecho de su repetición. (Laurent E. , 2013, pág. 107)

En la problemática del autismo, según Elena Sper, no habría otro modo de orientar la experiencia analítica sino es por el goce encarnado en el cuerpo. (Sper, 2013) Continuará planteando que, el sujeto es una articulación entre RSI, la imagen, que da consistencia al cuerpo, lo simbólico que es la operación significante, la insistencia, y lo real que da la existencia, lo que permite que algo quede fuera del cuerpo, para que el sujeto pueda operar con los objetos. (Sper, 2013)

Elena Sper precisará que, en el caso del autismo hay una modalidad radical de la forclusión psicótica. Hay ausencia de toda "prótesis imaginaria" dando cuenta de una mayor precariedad en la constitución, subjetiva. (Sper, 2013)

Por esta razón se percibe en el Autista una dificultad para hacer lazo con el Otro, un constante desbordamiento frente a la interacción del Otro.

El cuerpo en el Autismo

Si bien es cierto, se observa en la psicosis dificultades en lo que respecta a los límites del borde del cuerpo, y la comprensión del mismo. En el Autismo ocurre algo parecido, en este apartado se buscará identificar aquello concerniente al cuerpo en el Autista.

En estos TMG (trastornos mentales graves), se ven afectado las vivencias del espacio y el tiempo en el que se despliega la estructura, la concepción del cuerpo, la coordinación entre lo psíquico y lo somático y la relación con el semejante. Por esta razón está comprometido el vínculo con el otro, la cual sumerge al sujeto en una dimensión de soledad en relación a sus vivencias que no puede compartir y en un desorden pulsional no regulado. (Bardón, 2004)

En los casos de autismo podemos identificar una serie de síntomas concernientes a la relación con el Otro o con los objetos pulsionales en relación a su cuerpo.

Para el sujeto autista, precisará Manzotti, en estos niños lo imaginario queda desarticulado; y lo simbólico, dado el rechazo radical que se opera en torno al mismo, no incide en el recorte y el vaciado de goce del cuerpo. (Manzotti, 2008) De esta forma podemos evidenciar como estos sujetos, existe una perturbación del cuerpo que no corporiza. Esta falta de consentimiento, puesta de manifiesto en el intento de desengancharse de las consecuencias traumáticas de la lengua deja al autista fuera de todo lazo social, fuera del discurso. (Manzotti, 2008)

Como menciona Clara Bardón; la presencia del Otro puede resultar muy intrusiva y amenazante, y desencadenar crisis de deceleración, agitación, agresiones, etc. Se ve afectado de forma especial por el vacío, el rechazo y la segregación en la relación con la familia, compañeros y maestros que por su parte, también se ven afectados, de una u otra forma, por la dificultad para entender su lógica y relación con él. (Bardón, 2004)

Eric Laurent afirma que la falta de cuerpo del sujeto autista es ya una relación con el cuerpo puesto que tiene una relación particular con sus orificios y con el uso del espacio. (Laurent E. , 2013)

Tendlarz rescatará de las conceptualizaciones de Laurent, dos puntos esenciales para comprender el cuerpo del autista:

1. El sujeto autista es un "ser sin agujero" y sin cuerpo por causa de la "forclusión del agujero", con un retorno de goce sobre el borde que constituye el encapsulamiento autista. (Tendlarz, 2013)

2. Vendrá a ser el acontecimiento del cuerpo esencial del autismo es la iteración del Uno que conlleva una "soledad semántica", iteración de la letra sin cuerpo, sin constitución del Otro, sin el circuito pulsional, y por ende, sin objeto y sin imagen especular. (Tendlarz, 2013); es por este motivo que se puede dar cuenta que en ocasiones usa el lenguaje, pero el lenguaje no lo habita

En el VI encuentro americano de psicoanálisis de la orientación Lacaniana Silvia Tendlarz en su conferencia respecto a los usos del cuerpo en el autismo plantea, que en el autismo no hay constitución del cuerpo. Sin embargo, se puede examinar su uso. (Tendlarz, 2013)

El uso que le da el Autista a su cuerpo vendrá a responder a los mecanismos que adopta para refugiarse del Otro.

Por lo que el autista buscara un mecanismo para hacerse un cuerpo y así soportar lo angustioso que puede llegar a ser el Otro. El mecanismo al cual se acoge el sujeto autista siguiendo la conceptualización de Tendlarz, vendrá a ser, el encapsulamiento autista.

El encapsulamiento autista es el llamado "caparazón", el cual el niño crea como defensa frente al mundo exterior. (Tendlarz, 2013) Este cuerpo caparazón al cual se refiere Tendlarz será conceptualizado por Laurent, quien dirá, el cuerpo-caparazón es lo que resulta de un cuerpo cuyos orificios están todos ellos forcluidos. Entonces ya no es posible ningún trayecto (Laurent E. , 2013)

A su vez, Elena Sper, expone que, el niño autista no tiene un cuerpo, el goce retorna sobre un borde en el cuerpo. (Sper, 2013)

Sper citando a Laurent manifiesta, que el borde al cual refiere su concepto vendrá a ser denominado como un neo – borde el mismo que ocupa el lugar de lo que hay, cuando no están los límites del cuerpo. Por eso vemos que los autistas hacen de sus cuerpos herramientas defensivas para protegerse de lo real. (Sper, 2013)

Debido a esto, el sujeto autista se verá forzado a reemplazar la función que no ha sido posible por la regulación del lenguaje, es decir su cuerpo es usado a manera de armazón o de un caparazón como indica Laurent en el cual pueda encapsularse. (Sper, 2013)

Es por esta razón que Autista vera su cuerpo expuesto ante otro intrusivo que goza de él, por lo que deberá crear un mecanismo para defenderse. Este cuerpo caparazón vendrá a responder a aquello que en el Autista no está instaurado.

CAPÍTULO 4: RELACIÓN DE LOS PADRES CON UN HIJO CON SÍNDROME DE ASPERGER Y LA MANERA QUE REPERCUTE EN LO SOCIAL Y EDUCATIVO

Relación familia – hijo

Al referir a la relación de los padres e hijos se infiere a lo que respecta la dinámica familiar, la cual ha sido estudiada a lo largo de la historia desde distintas vertientes científicas. El derecho, la sociología, o la medicina se han encargado de su estudio. Sin embargo será la psicología clínica quien se involucrará con mayor intensidad en lo que respecta la relación de la dinámica familiar sobre el niño. Andrea Del Granado y Carla Unzueta en su artículo, incidencia y función de la estructura familiar en la constitución subjetiva, expondrán que en este campo de la psicología

Se realizaron varias investigaciones y experimentos sobre, por ejemplo, la importancia que tiene la presencia o la ausencia de los padres en los primeros años de vida, el afecto o el rechazo, en especial por parte de la madre, determinando factores importantes para la estimulación del desarrollo de habilidades tanto afectivas como intelectuales y cognitivas. (Mena & Nostas, 2004)

La teoría psicoanalítica, por otro lado, privilegiará la relación de la familia y el niño, tomando a la familia como una estructura simbólica y al niño como un sujeto que se constituye como tal y se inscribe en la cultura. (Mena & Nostas, 2004) Las funciones que ejerzan el deseo de la madre y la función paterna serán fundamentales en la constitución subjetiva del niño y su relación con el Otro.

Battista siguiendo la lectura de Leserre sobre el texto lacaniano “Dos Notas sobre el niño” permitirá dar cuenta de la perspectiva de Lacan respecto a la relación del niño frente a la familia:

Con respecto a la relación niño - estructura ubica al niño como respuesta, es decir, la historia del sujeto se encuentra en relación al lugar que ocupa ese niño particular en el deseo como deseo del Otro. Es por ello que la familia es el encuentro con la experiencia de la pregunta sobre lo enigmático del deseo del Otro. El autor, siguiendo a Lacan, ubica tres posibles posiciones del niño: como síntoma, como falo materno y como objeto del

fantasma materno. “Como síntoma, cuando responde con la neurosis: representando la verdad de la cadena en la cual está inscripto: como síntoma de la pareja parental, en tanto inscripción del malentendido. Como fetiche, cuando responde con la perversión, y por último, la posición de objeto que no entra en el juego de la significación fálica y que ubica su respuesta, como psicosis” (Battista, 2016)

Las posiciones mencionadas anteriormente devendrán como posible respuesta de una pregunta que en el niño está presente y es ¿Qué desea mi madre? La respuesta será según la elección que tome el niño:

Esto podrá ser escuchado en el discurso familiar y tendrá consecuencias directas en el niño y en cómo éste responde desde su posición subjetiva. Se trata de la articulación del niño frente al fantasma materno como condición para su estructuración subjetiva; estructuración y no una captura eterna (Lora, 2003)

Será ahí donde se pondrá en juego la singularidad del sujeto para que se pueda producir la castración y conseguir ser más que el objeto “a” de su madre. (Lora, 2003)

Lilian Cazenave en la clase 4 (1999) explicará más detalladamente las posiciones en donde el niño se ubica en su relación con los padres, el niño como síntoma de la pareja parental:

- La metáfora fálica se transmite y el objeto que sujeta el deseo materno está referido al padre más allá del niño. Se ha instaurado la metáfora paterna permitiendo que se dé la castración deviniendo de eso una neurosis
- El niño como falo: el objeto causa de deseo materno queda referido al niño quien satura de este modo la falta fálica de la madre. El niño es colocado como falo de la madre, y es ahí donde el niño es colocado como un todo, será eso que complete a la madre y bajo la cual será “devorado” deviniendo de eso una Perversión
- El niño siendo objeto del fantasma de la madre imposibilita un lazo con el falo, el cual permitiría la instauración de la ley, sin ella el niño quedaría ubicado como real dando cuerpo al objeto del deseo materno; lo que devendrá una posible Psicosis.

Extraído de: (Cazenave, 1999)

Teniendo conocimiento de las tres posiciones en las cuales se podría ubicar el niño frente a los padres, en cuanto a su estructura, a continuación se revisará como es la relación de los padres frente a sus hijos con autismo.

Relación de Padres con hijos autistas

Usualmente las familias tradicionales serán conformadas principalmente, por la pareja, continuando con la llegada de los hijos. Sin embargo, existen familias que en su conformación puede existir algún familiar con capacidades distintas, como autismo. Entre las múltiples incógnitas que despierta la relación de la pareja con un hijo autista, Jessica Reyes en su tesis *Autismo y Familia: una relación silenciosa*, planteará cual es la reacción de los padres frente a un hijo con Autismo.

Cuándo uno de los miembros de la familia presenta algún tipo de discapacidad, en este caso uno de sus hijos, los padres pueden reaccionar de maneras distintas. Hardman (1996), señala que el nacimiento de un hijo con discapacidad altera a la familia como unidad social de diversas maneras, por esta razón, los padres después de vivenciar el autismo en su ambiente familiar, sintieron la necesidad de conocer, saber, aprender y definir este nuevo mundo de la discapacidad en el que se adentraban. (Reyes, 2013)

Continuando con la premisa, respecto al deseo de los padres de conocer el mundo autista, se deberá rescatar varios puntos teóricos respecto al niño y la estructura familiar.

Retomando lo planteado por Gerardo Battista, la relación niño en la estructura familiar, donde ubica al niño como respuesta de esa relación parental (Battista, 2016), el niño autista también deberá poner en juego aquel deseo del Otro, al ser parte de la organización familiar. Lujan haciendo una lectura de Lacan planteara:

Dentro del campo del psicoanálisis lacaniano los desarrollos acerca del autismo son también variados, sin embargo el trabajo con los padres de niños autistas no serían diferentes respecto al tratamiento de cualquier otro niño, donde la posición del niño ocupa dentro de la estructura discursiva de los padres (ya sea como síntoma de los padres, objeto del fantasma materno, o falo de la madre) y la trasferencia de estos con la posición del analista funcionarían como operadores dentro de la cura. Lacan se ocupó de introducir al

padre como función, terceridad que operaría constituyendo un límite al deseo materno. Pero dirá además que el padre ingresa a través del discurso de la madre. (Iuale, 2008)

Los padres de niños con TEA o Síndrome de Asperger suelen ser dejados de lado experimentando un sentimiento de abandono llevándolos a culpar a sus hijos como la causa de su vida (Laurent E. , 2013, pág. 27), olvidando que son a ellos por los que se tiene que ver en cuanto derechos, atención e implicación en lo social y educativo.

A finales de los años 60s “los padres empujaron al diagnóstico de autismo, ya que era la única forma de hándicap relacionado con los aprendizajes que no estaba clasificado como ineducable” (Laurent E. , 2013, pág. 24)

Esto ocasionó que los padres reivindicaran ciertos derechos en donde incluían el acceso a instituciones de educación especializada, sensibilización de los poderes públicos (Laurent E. , 2013, pág. 24)

“Hace diez años la mayoría de niños autistas llegaban a ser atendidos a tiempo completo; hoy en día la atención es en el mejor de los casos parcial” (Laurent E. , 2013, pág. 27)

Al no ser atendidos en su totalidad, los padres son los que se preocupan, alteran, y malentienden el diagnóstico o en ocasiones los consejos que algún especialista podría llegar a darles según sea el caso.

Cuando los niños no llegan a ser atendidos a tiempo, dentro del rango de edad considerado dentro de donde se podría llevar un mejor control, los padres o la persona responsable del infante, en la desesperación podrían incluso llegar a cometer algún acto violento contra él.

En los EE.UU. y en Inglaterra, los partidarios de las terapias conductuales y educativas proponen la movilización de los padres y los niños en un esfuerzo intensivo y sin descanso, que exige una máxima inversión de cada uno a lo largo de toda la jornada. A pesar de la delegación parcial a los “profesionales”, educadores conductuales, a veces esta tensión deja a los padres extenuados. (Laurent E. , 2013, pág. 28)

Y es que son los padres los que tienen que cargar no solo con el diagnóstico de sus hijos, sino también con el peso de la mirada de la sociedad que son los que más desconocen del tema.

El 12 de abril de 2006 en Hull, Inglaterra: “Alison Davies y su hijo de doce años, Ryan, se dieron muerte arrojándose desde un puente al río Humber, en lo que aparentemente fue un asesinato-suicidio”.¹⁶ El 14 de mayo del mismo año, en Albany, Oregon, “Christopher DeGroot, de diecinueve años, quedó atrapado en su apartamento en llamas. Murió en un hospital de Portland cinco días más tarde y sus padres están acusados de asesinato, por haberlo dejado solo y encerrado. El mismo domingo de mayo, en Morton, Illinois, la Dra.

Karen McCarron reconoció ante la policía que el día anterior había asfixiado a su hija de tres años, Katherine, con una bolsa de basura” (Laurent E. , 2013, pág. 28)

Este tipo de eventos son las consecuencias del tipo de personas que se tiene alrededor; los casos presentados anteriormente, fueron casos destacados por Cammie MacGovern, madre de un niño con autismo, expuesto en el texto de Eric Lauren, La Batalla del Autismo (2013, pág. 28)

En cuanto la educación, se debe reconocer que hoy en día existen instituciones educativas que fomentan el aprendizaje para los niños que están pasando por un periodo de inclusión, los casos expuestos en el texto de Eric Laurent “La Batalla del Autismo” son niños que han sido acogidos en instituciones que les proponen una mezcla hecho a medida de actividades pedagógicas y de aprendizajes que tienen en cuenta la dimensión de los cuidados y nunca olvidan el sufrimiento de los sujetos. (Laurent E. , 2013, pág. 121)

Los encuentros con los niños, los momentos en que se tiene una oportunidad de poder decirles algo, pueden producirse dentro de lugares institucionales o fuera de ellos, tanto en momentos de aislamiento uno a uno, como en talleres colectivos. Dando todo su lugar a la sorpresa, una institución contemporánea supera las antiguas oposiciones entre el cuidado de la permanencia del orden simbólico, que era el objetivo de cierta “psicoterapia institucional”, y la voluntad de hacer variar los marcos de referencia, de acuerdo con la concepción de la “institución estallada”. Hay instituciones en las que se consagra cierto tiempo a los encuentros uno a uno, y otras que, dejando de lado las referencias imaginarias a la sesión psicoanalítica, privilegian una enunciación plural –lo cual no significa que haya una enunciación colectiva. (Laurent E. , 2013, pág. 121)

La escuela vendría a ser para el niño Autista un espacio para rescatar el orden simbólico. En cuanto se puede trabajar con el niño individual y colectivamente fortaleciendo las enunciaciones que logren realizar. A diferencia de las escuelas antiguas, las escuelas contemporáneas buscaran fortalecer aquellas áreas que en el niño Autista se ven rechazadas.

CAPÍTULO 5: CASUÍSTICA

El llamado TEA o Trastorno del espectro Autista, es un Trastorno que ha sido trabajado hace ya varias décadas, por lo que las investigaciones realizadas han sido efectuadas con el estudio de varios casos, con los cuales se ha podido hacer una delimitación de sus síntomas.

Los pioneros en abordar a pacientes con autismo fueron los esposos Lefort, que expusieron en una de sus obras el caso de Marie Françoise el cual será analizado más adelante.

Así como los Lefort, mas psicólogos, psiquiatras empezaron a investigar sobre dicho trastorno; es por eso que en la década de los 70 aproximadamente sale a la luz el caso del niño salvaje de Aveyron o también conocido como Víctor; es un caso trabajado por el Dr. Jean Itard y expuesto en una conferencia por el analista José Fernando Velásquez.

Y por último se tomará el caso de un niño de 10 años de edad atendido por el área de salud mental de un hospital de Guayaquil; en donde aparte de haber recibido atención psiquiátrica también fue atendido por psicología de parte de una practicante de último año.

Se han considerado tres casos, de los cuales uno tiene Síndrome de Asperger pero como se mencionó en capítulos anteriores ya al Síndrome de Asperger dejó de ser una enfermedad más y en la actualidad según el DSM V, se lo considera dentro de los criterios del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

En estos casos se tratará de evidenciar las diferencias y similitudes del caso a caso que permitirán dar cuenta de cómo la presencia de los padres es necesaria e importante a lo largo de la vida social y educativa de los niños con autismo.

Algunos autores de la corriente psicoanalítica han propuesto diversos modos de abordar a niños con el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Hay unos que muestran el abordaje de la práctica clínica cuando el niño o niña se encuentra en un ambiente en donde no interfieren los padres, sino más bien la práctica entre varios que podrían ayudar a buscar un posible tratamiento hacia la cura.

Caso de Rosine Lefort (Marie Françoise)

Los Esposos Lefort fueron los pioneros en estudios y abordaje concernientes a los niños con el Trastorno del Espectro Autismo desde la perspectiva psicoanalítica.

Rosine Lefort, en el transcurso de su análisis, iniciará el trabajo e investigación con casos de sujetos autistas, por lo que descubría posibles modos de intervención con ellos. Rosine tuvo dos casos Nadia y Marie Françoise; casos que fueron expuestos en una de sus obras.

Mauricio Beltrán (2015) durante el *VII congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología*, analizará el caso que presentó Rosine Lefort en la década del 50, el caso llamado Marie Françoise.

Beltrán dirá como presentación inicial sobre el caso ciertos datos relevantes como:

Marie Françoise fue abandonada por su madre a los dos meses de edad y que luego de una serie de hospitalizaciones ingresó a la institución teniendo dos años. Seis meses más tarde iniciaría tratamiento con Rosine Lefort. (Beltrán, 2015)

Los síntomas que fue evidenciando Rosine Lefort en el caso de Marie apuntarán al diagnóstico Autista, entre los síntomas, expondrá Beltrán:

1) Una mirada extraviada o muerta que daba la impresión de una pared. 2) El hecho de que no estableciera ningún tipo de contacto ni con los adultos ni con los niños de la institución. 3) Una visible dificultad para tomar objetos solo los tocaba con la punta de su dedo índice o acercando su nariz junto con un severo mutismo del que salía abruptamente con crisis nocturnas de llantos y gritos. 4) No caminaba por su cuenta, solo se desplazaba sobre su trasero, se balanceaba incesantemente y era habitual que se golpeará la cabeza contra el suelo. 5) Sufría bulimia, luego de haber padecido anorexia (Beltrán, 2015)

El autor plantea con el reconocimiento de este listado de síntomas la relación de Marie con los objetos. Planteando desde la perspectiva psicoanalítica la ubicación del objeto (a).

Para Marie Françoise, no existe ni el otro (a), ni el Otro (A). Términos que en el álgebra lacaniano pueden interpretarse como el gran Otro, lugar de lo simbólico, pasaje obligado que garantiza la circulación de los objetos y el armado del espacio, y el objeto a minúscula, resto de esa operación de pasaje, que se erige como objeto causa del deseo. (Beltrán, 2015)

Al ser abandonada por su madre a los dos meses no hay un Otro que la reconozca como sujeto, y al faltar se da una falla en el orden simbólico e imaginario, registros fundamentales para la formación de la estructura Neurótica.

Por lo tanto al tratar de delimitar o definir la estructura de Marie según sus síntomas se podría decir que se ve una puesta en juego de un trastorno Autista, no hay lenguaje, la mirada perdida, no tocaba ciertos objetos o si lo hacía solo era de la punta.

Beltrán continuará planteando en el transcurso de la conferencia la relación entre Marie y su analista, hasta llegar a un apartado específico donde ahonda respecto a una escena con un plato de comida:

Marie Françoise no manifiesta ningún tipo de inhibición frente a la comida dispuesta en el lugar; la devora apenas la percibe. Tampoco frente a la analista, a quien se dirige para propinarle una serie de cachetadas magistrales. Al fijar su atención en el plato de comida, se constituye “una escena sumamente penosa, que no tardará en volverse insostenible. Ella que padece bulimia y que se muere de ganas de comer el arroz con leche, no puede hacerlo y su angustia no se hace esperar. No comprende esta reacción tan nueva para ella. Se mantiene de pie ante el plato, devorándolo con los ojos”. (Beltrán, 2015)

En la escena de Marie frente al plato de comida y su analista observando, Beltrán precisará que la reacción “Nueva” a la cual no comprenderá Marie será la de su analista quien es testigo silenciosa de esa escena, que no anticipa ni apresura ningún movimiento, y que se niega a darle de comer si no es ella quien se lo pide explícitamente. (Beltrán, 2015)

Después de dicha escena los Lefort podrán articular lo concerniente a Marie en relación a su analista, y la intervención realizada; para los Lefort, la niña ha ganado una certeza muy sólida de la pasividad de la analista. Esto le permite vivir su mundo interior, en parte confiado de su no intervención, y en parte protegida por su presencia. (Beltrán, 2015)

La falta de inhibición se explica por la ausencia de vinculación entre los objetos dispuestos en el lugar y la presencia de la analista. Esto hace que el objeto permanezca a nivel de lo real, y en tanto tal, posea un estatuto insoportable. No hay un lazo de conexión entre los objetos y el Otro (Beltrán, 2015)

La niña en su subjetividad y a través de la experiencia y el silencio de la analista se pueda evidenciar que no existiría relación entre lo subjetivo del Autista y el Otro en tanto simbólico, al encontrarse trastocado el orden simbólico en tanto se desarrolla en el sujeto Autista.

Teniendo en cuenta la función del orden simbólico, entendiéndolo como la significación de los símbolos, y como cada sujeto va a interpretar el mundo, sin embargo, desde el autismo se entiende como una falla en el registro simbólico.

Beltrán ubicará en el trabajo realizado por Los Lefort con Marie Françoise, ciertos avances a nivel “emocional” después de varias sesiones transcurridas, tomando nuevamente la escena de la comida donde efectivamente ciertos síntomas se ven “eliminados” explicará Beltrán.

Se observa a Marie-Françoise frente al plato de arroz, más sosegada y atenta, contra los temblores convulsivos y el balanceo de las primeras entrevistas. Sin embargo, ella no puede pedir, es incapaz de dirigir un llamado al Otro, en tanto el Otro no está allí para ella. (Beltrán, 2015)

Sin embargo las intervenciones del analista serán dirigidas hacia la búsqueda de lograr simbolizar algo en Marie, ya que su síntomas van ligado a la respuesta a de un Real o más bien a la ausencia de un Real. En las sesiones con Rosine Lefort se observará la relación de Marie con lo real, se expondrá en el texto de Beltrán:

Cuando esgrima un esbozo de llamado, un balbuceo titubeante, lo hará dirigido a la ventana, a esa “ausencia real” que toma el relevo del Otro ausente. Este cambio ha sido posible porque la analista rehusó la trampa de ocupar el sitio del adulto que le proporciona comida sin que la niña lo pidiera. Era lo que sucedía con el personal encargado de asistirle en la institución y lo que la había relegado a la bulimia, paradigma del corte radical con el Otro en tanto polo relacional. (Beltrán, 2015)

Las intervenciones en la búsqueda de la analista en cuanto tratamiento será brindar en el paciente (Marie) lograr modificar aquella búsqueda de relacionarse por medio de lo Real hacia el Otro por medio de significar algo.

Beltrán citará a Miller, quien destaca que la matriz de ese tratamiento pasa por el esfuerzo del sujeto por tratar de introducir un menos, una necesidad de orden simbólico que el niño trata de efectuar en lo real. (Beltrán, 2015)

Victor, El niño salvaje de Aveyron

En el Seminario Internacional “*Autismo y Psicosis en Niños*” el analista José Fernando Velásquez, miembro de la NEL sede Medellín en su conferencia pública “*El autismo: Un nuevo abordaje clínico desde el Psicoanálisis*”. Presenta el caso del niño llamado “el salvaje de Aveyron o también conocido como Victor”, es un caso de hace 200 años trabajado por distintos profesionales; este niño fue capturado varias veces pero sin embargo se escapaba, cuando lo tenían cautivo solo comía nueces y patatas, y cuando no estaba durmiendo, iba de un lado para el otro en la habitación (Velásquez, 2003, pág. 66)

Este caso es llamado niño salvaje por haber sido criado por animales sin contacto con los humanos; Velásquez menciona el caso para ver de qué manera se aborda el autismo desde distintas vertientes. Una de esas vertientes es la del médico del Instituto de Sordomudos, Jean Itard, en donde menciona que el aislamiento era lo que había causado la baja sensibilidad de los órganos de los sentidos.

Itard lo tuvo durante cinco años en su casa observándolo y aplicando el método de Condillac que consistía en entrenar todas las formas de sensibilidad, como la vista, el oído, el tacto y la experiencia sensorial directa sobre objetos o acontecimientos, aplicando una técnica específica en cada uno de los sentidos, pues el “niño salvaje” no era sensible al dolor, al calor, al frío o al rapé (era capaz de coger las piedras calientes del fogón sin expresar dolor) se trataba de potenciar la sensibilidad del niño para así mejorar su atención para luego seguir con el aprendizaje de signos para que pudiera alcanzar ideas y tener un razonamiento (Velásquez, 2003, pág. 71)

Itard utilizó con Victor, “técnicas conductuales, como el condicionamiento, las técnicas aversivas, las respuestas a estímulos, el reforzamiento y la imitación; no se le daba de comer si no ponía la mesa como correspondía, así fue aprendiendo lo mismo con su vestimenta al salir” (Velásquez, 2003, pág. 71)

Al momento de trabajar con niños con TEA en diferentes esferas tales como los hogares y los centros de estudios se deben establecer horarios es decir usar técnicas conductuales como lo hizo el Doctor Itard con Victor, ya que es una manera de poner límites y entablar una mejor comunicación con ellos en el caso de que no pudieran hablar. Incluso a los niños con el Síndrome de Asperger se les hace más sencillo poder captar las órdenes de esa manera.

Con Victor, el Dr. Itard tuvo que enseñarle por medio de esas técnicas porque el niño no hablaba por haber sido expuesto al abandono, en donde su único contacto con algún ser vivo

eran los animales en el bosque; es decir al no haber alguien que pudiera brindarle palabras de reconocimiento, que luego pudieran ser transmitidas a él.

Cuando es llevado al instituto de sordos mudos se podría pensar que tal vez es algo orgánico lo que produce que el niño no hable; sin embargo al emitir sonidos cuando quiere algo da cuenta de que la razón es al no haber alguien, los registros se ven afectados entre sí.

En el orden simbólico lo que intenta reconocer primero es el rasgo de la comunicación (Lacan J. , 1953), y para que esta exista debe haber una persona que emita un mensaje y otra que reciba, en este caso los primeros años de Victor, no tuvo a nadie que le transmitiera algún mensaje; he ahí porque él cuándo estaba con el Dr. Itard no entendía las ordenes enseguida y más bien tenían que ser enseñadas a través de gráficas o mostrando objetos para una mejor comprensión

Caso “L”

El caso fue extraído de la práctica realizada en un Hospital de la ciudad de Guayaquil. El paciente fue atendido por el área de Salud mental por Psiquiatría solicitando una valoración a Psicología.

“L” es un niño de 10 años de edad, cursa el sexto año de educación básica, presenta buen rendimiento académico y buen comportamiento. Vive con su madre, padre y hermano menor de 8 años de edad.

Es derivado de la consulta de psiquiatría a psicología por el comportamiento en casa. La madre refiere en las entrevistas con la psicóloga que el niño fue diagnosticado con Síndrome de Asperger después de haber entrado en la escuela regular; fue la escuela quien lo derivó a un psicólogo o psiquiatra para que pudieran llevar un mejor control en tanto a las actividades en clases y para una revelación de diagnóstico.

La madre comenta que el niño cuando era pequeño no socializaba, gritaba cuando lo iban a vestir, no le gustaba la ropa nueva ni con dibujos, tenía poco contacto visual, no se vestía solo; sin embargo era bueno aprendiendo cosas como direcciones. A pesar de nunca haber estado en un centro de arte el niño dibuja caricaturas casi tal y como las ven en la televisión.

Madre refiere que le ha enseñado a respetar pero algo que no ha podido cambiar es que tutea a sus amigas, pero eso podría ser porque los niños con el trastorno del espectro autista y/o Síndrome de Asperger tienen a tener conductas repetitivas y como es con la madre con quien pasa más tiempo él puede haber adoptado esa manera de hablar con esas Sras. De la misma manera que su madre habla con ellas.

La madre no sabía del diagnóstico de su hijo sino hasta cuando el niño estuvo en 4to año de educación básica donde en la escuela le llamaban la atención al niño porque cuando alguien “invadía su espacio el reaccionaba de mala manera y como era más grande que sus compañeros les terminaba pegando”.

“L” siempre estuvo en escuela regular, incluso después de esos percances por su conducta nunca lo sancionaron, pero si pidieron una valoración psiquiátrica y psicológica pues tenía un buen rendimiento académico pero su conducta no era buena.

Fue diagnosticado con el Síndrome de Asperger en un centro de salud de la ciudad. De donde lo derivaron a un Hospital de la ciudad de Guayaquil al área de salud mental para que fuera atendido por psiquiatría con la finalidad de confirmar el diagnóstico

Gracias al diagnóstico “temprano” la madre pudo cambiar un poco la manera de cómo comportarse con el niño y ver la manera de cambiar la forma de llamarle la atención de una manera que no fuera intrusiva para él.

Con la psicóloga se llevaron a cabo alrededor de 8 entrevistas, en donde el niño voluntariamente demostró sus destrezas al dibujar; que de una u otra manera ha hecho que su relación con sus compañeros sea un poco más abierta pues suele dibujar caricaturas que son comunes entre ellos.

“L” desde pequeño por no tener una buena dicción y casi no tener lenguaje, paso por diversos especialistas como Terapistas de Lenguaje, Psicólogos, Psiquiatras hasta llegar al diagnóstico; hoy en día lo que se trata de hacer en las entrevistas es un poco enseñar a los padres como manejar ciertos comportamientos y junto al niño como repite lo que ve empezar a actuar frente a él de cierta manera hasta que el niño adopte esa conducta y no presente algunas dificultades.

Durante las entrevistas “L” se mostró colaborativo, tuteaba a la psicóloga, mientras dibujaba (casi siempre la misma caricatura de Dragón Ball) hablaba de cómo le iba en la escuela, mencionaba que le gustaba salir a jugar con los amigos de su hermano menor de 8 años porque no le gustaban sus compañeros.

La psicóloga le sugirió tener horarios para ver a su hermano para jugar, ya que una de las quejas tanto de los profesores como un poco los padres es que pasa mucho tiempo con el hermano, y sienten que no avanzará mucho porque es menor y tanto el comportamiento como el razonamiento es diferente a la de su edad.

El horario establecido fue que lunes, miércoles y viernes tendría que compartir un poco con sus compañeros del salón, y martes y jueves podría ir a buscar al hermano para jugar; a la madre se le indicó que en casa también debería llevar un control en cuanto a horarios y actividades no solo para “L” si no para su hermano.

A la siguiente entrevista al preguntarle al niño si estaba llevando a cabo lo de los horarios en el receso, dijo que sí. Se le felicitó y al preguntarle cómo se sentía supo decir que bien pero

que se aburría porque en su escuela a los de su curso no los dejaban salir por eso prefería seguir jugando con su hermano y su amigos.

Madre refirió ese día que en casa también el niño estaba llevando acabo lo de los horarios que habían días que jugaba con el hermano otros que no jugaba pero le trataba de enseñar cosas pero que había mencionado que “jugar, jugar, solo podían dos días”

Cuando la madre menciona que una de sus preocupaciones era que aunque ella le había enseñado a respetar y a socializar, ahora era mucho. A sus amigas les dice “tu, oye ven acá; incluso en una matiné me hizo pasar vergüenza, porque había una señora gordita y “L” se lo dijo en la cara enfrente de todos, algunos se rieron y tuve que ir a pedirle disculpas y me dijo que así son los niños, igual le explique que mi hijo tenía un problema en la cabeza que a veces no controlaba lo que decía”

La psicóloga le explicó que él no tiene un problema en su cabeza, pues ella misma lo había llevado a su hijo a realizarle pruebas que no revelaban algún daño cerebral, se le explicó que el tutear a las amigas es efecto de como ella las trata cuando “L” está cerca, por lo que se le sugirió empezar a tratarlas diferentes mientras el niño este cerca para crear en él una nueva conducta a repetir.

En la última entrevista se reconoció el trabajo que hace la madre, pues ha sido ella quien ha estado con “L” durante todo el proceso de inclusión educativa y social, que si bien supo el diagnostico después de que el niño estuviera en un centro de educativo nunca dejo de llevarlo a terapias en donde pudieran ayudar a su hijo desde hablar bien a que le indicaran modos de cómo podía incluirlo con otros niños. Fue así que ella misma lo involucraba al niño con otros niños.

El padre es una persona que está pero a la vez no; trabaja y llega a las 6 a esa hora los niños tanto “L” como su hermano realizan tareas y lo que podría hacer el sr es conversar con ellos pero no lo hace, si uno que otro fin de semana los lleva al parque pero “L” ha manifestado que prefiere ver a un compañero de trabajo de la mamá que es diseñador y con él puede hablar de sus dibujos y a su vez ese chico le enseña técnicas a “L”.

El trastorno del espectro autista viene siendo propuesto como modelo para el trastorno mental en la infancia, y por esto, llega a proporciones epidémicas alarmantes. Hablar del deseo en el autismo es por si solo una paradoja. Pues es justamente, lo que el autista no puede experimentar: la falta que engendra el deseo. Pero entonces, ¿Cómo es posible que el sujeto se encuentre en la estructura del lenguaje sin deseo? ¿Cómo le es posible anudar los registros de lo real, simbólico e imaginario? Si para Lacan, toda experiencia humana es vivida en estos tres registros. (Maya, 2014)

Hay varias maneras de concebir el síntoma, y así mismo hay diferentes maneras de tratarlo, dependerá mucho del profesional de la salud que este atendiendo al sujeto en ese momento.

La exposición de los casos tiene como finalidad mostrar las similitudes y diferencias cuando se lleva a cabo una práctica entre varios, que aparte de estar algún profesional también se encuentra involucrado algún familiar o específicamente padres.

Con estos casos cuando se analizan, la mayoría del tiempo se trata de encontrar un culpable del porque el niño es autista; y suele ser que terminan culpabilizando a la madre; sin embargo se han planteado cuatro casos que no llegan a probar dicha hipótesis. Pero aun así pone en tela de duda si es la ausencia la que ocasiona que el niño al nacer se vuelva autista o con la poca presencia de la madre o padre es lo que lo marca al niño o sujeto desde temprana edad.

Podemos decir que entre varias teorías que explican el autismo encontramos en Pierre Bruno (1999) que, la “no-función del Deseo Materno” está en la etimología del autismo. Ella instala el sujeto en el sitio del objeto y no del falo imaginario forclusión de la falta del otro, y justamente esta falta hace que el sujeto autista se encarga de saturar. El autista, en la posición de objeto, está corroborando la plenitud del Otro. Así mismo, el autismo es la respuesta no real de la no-función del Deseo de la Madre, encarnando, en cuanto objeto, la forclusión de la falta del Otro (Maya, 2014)

La finalidad no es responsabilizar a alguien en específico sobre el diagnostico, primero porque se tiene que ver el caso a caso. Entre los casos mencionados se puede ver como un niño (Victor) es dejado en el bosque con animales; una niña (Marie) es abandonada por su madre en un orfanato y un niño (L) es “deseado” por la madre.

Estos niños siguen vivos porque igual hubo un deseo no nombrado del todo; un deseo que los mantuvo vivos al nacer; de no haber existido un deseo simplemente no hubieran sobrevivido.

Estos niños al tener una dificultad de identificarse como sujetos que desean quedan fijados en el goce del cuerpo “callando su voz, por temor al Otro que no vino a su encuentro, para

retirarlos de la posición de objeto. Sin embargo, al mismo tiempo estos niños harán de todo para sostener su silencio, para mantener el Otro vivo” (Maya, 2014)

En Victor y Marie se puede observar como ellos deciden callar; Victor por una parte no tiene quien de significantes a todo lo que fue expuesto y Marie no tiene a su madre con quien identificarse. Callar es la única manera de mantenerse en algo que ellos crearon

Con esto se puede llegar a otro punto que se evidencia en los tres casos y es Otro ausente presente. En ninguno hay una figura masculina o alguien que cumple la función del nombre del padre que es quien da apertura a lo simbólico.

Durante el 6to mes y el mes 18 se da el estadio del espejo es en ese momento donde se da la estructuración del sujeto del inconsciente, estando a tiempo para que los tres registros se anuden; si falla alguno los demás quedan sueltos.

Beatriz Maya (2014), citando a Lacan en el “*Seminario RSI*” (1974) dice que

La inscripción del significante Nombre del Padre garantiza el anudamiento de dos de ellos, siendo el objeto (a) el elemento que los anuda en una determinada posición. Cuando el (a) es extraído el nudo se deshace, separando cada uno de los elementos que lo constituían (Maya, 2014)

“En el autismo, lo imaginario tiene la misma consistencia de lo real, o sea, imaginario y real son lo mismo y están mal anudados al simbólico” (Maya, 2014)

Con los casos expuestos se puede ver como la presencia del Otro es algo que determina al niño, y como ese Otro puede tornarse de algo insoportable a algo que incomoda en ciertas ocasiones pero que a su vez ya no les genera un grado de angustia que se vuelve insoportable.

Según como sea el caso será la manera de intervención en la búsqueda de un tratamiento; el modo de intervención va el lado de la clínica entre varios. Trabajar con sujetos autistas y más si se trabaja con niños, demanda la atención de diversos profesionales, no solo de la salud mental, sino más bien de todos quienes pudieran brindar algún tipo de apoyo como terapeutas de lenguaje, terapias ocupacionales, terapias familiares.

En el año 1974 Antonio Di Ciaccia fundó algo nuevo, una nueva manera de tratar el “No” de los síntomas infantiles, de los niños psicóticos, autistas, neuróticos graves. Síntomas rebeldes a la influencia de la palabra. Antes de esta genial invención, se esperaba que el niño se adaptara a la institución, a las normas válidas para todos. Con Di Ciaccia se puso en práctica otro modo de actuar, una nueva manera de acoger al síntoma hasta obtener el “Sí” del niño, y su deseo de alojarse en la comunidad, en la institución, con los otros. (Halleux, 2012)

Es decir que se busca un trabajo individual y grupal, en tanto institución y familia, en donde la idea central sería o es evitar que el Otro se vuelva persecutorio para el niño. En los tres casos al inicio habían presentado diversas maneras de rechazo ante una figura externa a la de ellos; Victor se salía cuando lo tenían mucho tiempo encerrado; Marie le pegaba a Rosine la analista y L no soporta su madre hable de él, sea bueno o malo incluso llega a llorar y a pegar cuando ocurre.

Y es ahí donde empiezan a haber modificaciones en cuanto al tratamiento con estos niños; el Dr. Itard empieza a enseñarle por medio de dibujos como comunicarse o expresar sus deseos sin acercarse a más de lo que Victor accediera; Rosine solo observa a Marie sin decirle absolutamente nada en una escena en donde Marie tiene que hablarle para pedir comida; la madre de L junto con la psicóloga empiezan en cada entrevista a mencionar algo bueno de él mientras está presente hasta cuando él empieza a reaccionar de manera negativa; solo a modo de adaptación.

En los casos se han usados recursos diferentes, dependiendo del caso; en uno se puede ver más avance como es el caso L que es un niño con Síndrome de Asperger y que con él ha estado siempre o la mayor parte del tiempo la madre, no siempre supo el diagnóstico; incluso lo ingresó a una escuela regular y fue ahí donde lo derivaron a un centro de salud porque tenía mal comportamiento no permitía que nadie se le acercara; pero fue su madre la que lo empezó a llevar a grupos de niños donde así él no quisiera tendría que relacionarse con los demás.

Así consiguió que L sea un poco más sociable, ahora no lo obliga pero lo sigue llevando a terapia con psicóloga.

Victor logró comunicarse por medio de las técnicas conductistas que el Dr. Itard usó mientras estuvo en el instituto de sordos mudos; si quería leche buscaba un jarro y lo golpeaba para que le sirvieran; si se vestía bien tenía una recompensa.

Rosine se acogió a no hablar, esperando que hubiera algún tipo de reacción; solo observaba cada movimiento de Marie hasta cuando ella dijera que necesitaba algo de otra persona.

Antonio di Ciaccia toma especialmente en cuenta esta noción de campo de lo real. Dos tesis le orientan. La primera es ética: no juzgar al loco en términos de déficit ni de disociación de funciones. Esta primera tesis muestra el lugar que se otorga al niño autista como sujeto de pleno derecho en la institución. La segunda: la condición del sujeto depende de lo que sucede en el Otro. Esta tesis nos remite a la necesidad de tener en cuenta las condiciones del Otro en el tratamiento del autismo y la psicosis infantil. (Halleux, 2012)

CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN

¿Existe una cura para el TEA, Síndrome de Asperger?

Distintos autores plantean múltiples tratamientos en torno al Trastorno del espectro autista (asperger), distintas corrientes psicológicas desde su marco metodológico, plantearan intervenciones con el espectro. Sin embargo en la actualidad es complejo tratar de plantear una cura para el trastorno. Marita Manzotti, desde su mirada psicoanalítica planteará que:

“Aunque no se puede curar el autismo, se puede mejorar en la mayoría de los casos, gracias a los desarrollos terapéuticos de los últimos años” (Manzotti, 2008, pág. 29). Las personas con autismo tienen más opciones que le faciliten algún tipo de terapia dentro de su círculo social en donde pueda acceder a una mejor condición a su estilo de vida.

Siguiendo la premisa de Marita Manzotti, la cura de los llamados TEA no ha sido encontrada, sin embargo existen procesos terapéuticos desde diversas vertientes que ayudaran a la inclusión de los niños con TEA (asperger)

Cura como tal como explica Manzotti no existe; y así como ella, psicólogos y psiquiatras mantienen posiciones parecidas. En las entrevistas realizadas a estos profesionales coinciden en sus aseveraciones, que hasta la actualidad no se ha encontrado una cura para el Autismo.

Sin embargo, existen variedad de tratamientos, por ejemplo, a los niños con Autismo se los puede llevar a terapia del lenguaje en caso de ser un autismo moderado o leve, o a terapia ocupacional según sea la gravedad del trastorno.

En el caso del Asperger, presentan características más desarrolladas que los Autistas, por ejemplo en ciertos casos se aprecia rasgos de creatividad artística, por lo tanto las intervenciones en tratamiento con ellos puede ir acompañada de actividades lúdicas y artísticas en institutos de arte o alguna actividad en donde tenga mayor facilidad de aprendizaje; ya que para ellos el problema más grande con el cual se enfrentan está en el área de la socialización, y el tratamiento ira destinado a fortalecer dicha área.

El autismo como se menciona no tiene cura, pero mientras más temprano se sepa el diagnostico, tendrá un mejor pronóstico en tanto a la calidad de vida que podría llevar; La psiquiatra Silvia Cedeño expresa que “no tiene cura...lo que se hace es estimularlos; para que...puedan desarrollar mejores habilidades;...ellos tienen mucha creatividad, el aprendizaje esta sobre el límite de lo normal de un chico de la edad que ellos puedan presentar...cura en sí de algún tratamiento específico farmacológico no” (Cedeño, 2017)

Posible Tratamiento

La oferta terapéutica que se ofrece para los sujetos autistas, en este caso los niños, no va dirigida solo para ellos sino también para los familiares o personas directamente relacionadas con ellos, ya que serán los que intervendrán al momento de alguna crisis en el peor de los casos; sin embargo lo que se espera es que sean parte de la inserción de los mismo en un ambiente el cual será intrusivo para ellos pero podrá o se tratará que el niño no lo sienta así.

La psicología conductual ofrece varias propuestas de intervención frente a los sujetos con autismo; uno de los métodos aplicados por esta vertiente psicológica es el ABA.

El análisis conductual aplicado (ABA; del inglés, Applied Behavioral Analysis) es la aplicación de los principios fundamentales de la teoría del aprendizaje para mejorar las conductas, habilidades o aptitudes humanas socialmente significativas. Los elementos esenciales de esta filosofía, como ya describió Skinner en 1938, incluyen un énfasis sobre las relaciones funcionales entre la conducta y los entornos, la medición y la observación directas, los factores ambientales y los principios de consolidación(...)El análisis conductual nos permite alcanzar una comprensión más profunda de las conductas, y mediante la aplicación de los principios de análisis de la conducta se puede establecer una serie de condiciones que probablemente van a dar lugar a cambios conductuales positivos o socialmente relevantes en los seres humanos (Alessandri, Thorp, Mundy, & Tuchman, 2005)

Desde la vertiente psicoanalítica, Eric Laurent en el capítulo dos, *Autismo y real. Puntos de referencia para la práctica*; de su texto “*La Batalla del Autismo*” presentará como Rosine y Robert Lefort, los pioneros de la aplicación del psicoanálisis a casos de autismo y de psicosis infantiles tras la Segunda Guerra Mundial (2013, pág. 33) inventaran modos de abordaje terapéutico.

Fue Rosine quien mientras estaba en análisis con Lacan, se esforzó por inventar un abordaje terapéutico que fuera innovador para los niños que eran acogidos en orfanatos; después de treinta años con la ayuda de su esposo Robert Lefort, Rosine publicó sus notas en donde fue diferenciando un enfoque diferente, y renovado, lo que en esta clínica se relaciona con la psicosis y lo que se relación con el autismo (Laurent E. , 2013, págs. 33-34)

A su vez Laurent explicará que, tanto el niño psicótico como el autista tienen modos diferentes de ser abordados; el psicótico no debía ser abordado solo a partir de lo imaginario,

como invitaban a hacer las técnicas de juegos, muy extendidas; sino más bien abordarlos mediante el anudamiento particular de lo simbólico y lo real (Laurent E. , 2013, pág. 34)

Robert Lefort junto a Maud Mannoni en 1969 gracias a las enseñanzas que el trabajo de Rosine aportó desde los años 50, se crea bajo el nombre de Institución fragmentada una escuela experimental, en donde el proyecto consistía en acoger a niños con dificultades modificando los principios de la psicoterapia institucional. (Laurent E. , 2013, pág. 34)

Más que ver a la institución como agente garante de un injerto de un orden simbólico mediante su recuerdo de la ley, se trataba de confiar en lo contingente, lo fuera de la norma; fuera de la norma en tanto se ofrece la apertura al exterior, y a esa apertura a lo nuevo que tiene la institución que estar alerta. Ya que aquel encuentro que el niño llegue a tener podría llegar a ser peligroso tanto para el niño autista como para el psicótico.

No había epidemia de autismo cuando Rosine Lefort y su marido empezaron a centrar su interés en lo que de entrada vieron como una posición subjetiva en el marco de las psicosis infantiles. Gracias a su orientación hacia lo real, la cual era manifestada ya en su primera obra, titulada *El nacimiento del Otro*, que marcó una época. La audacia de este libro fue hacer entender de un modo nuevo las consecuencias que supone la presencia de lo simbólico en el mundo del sujeto, lo simbólico que “ya está siempre ahí”. El Otro puede “estar ahí” y, al mismo tiempo, no tener existencia para un sujeto. Es designado, entonces, como “el Otro que no existe”. (Laurent E. , 2013)

Con las técnicas comportamentales, como lo indica Chloe Silverman en su historia del autismo: así, ella destaca que la fuerza de los programas educativos inspirados por métodos comportamentales ha consistido en permitir a sus autores con independencia de la variedad de sus propuestas, “no evitar, deliberadamente, mencionar hipótesis neurológicas o psicológicas del autismo, pero sin depender directamente de ellas” (Laurent E. , 2013, pág. 30)

Hasta ahora no se asegura que los sujetos autistas tengan un desenlace favorable (Alessandri, Thorp, Mundy, & Tuchman, 2005), en cuanto a la dependencia fuera de sus familia, sin embargo existen tratamientos que aunque se siguen actualizando son de gran ayuda para empezar a tratar a los niños cuando son diagnosticados a temprana edad.

A lo largo de los años se han descrito muchos métodos de intervención ‘pedagógica’ específicos para emplear con sujetos que tienen TEA, pero relativamente pocos se han investigado y validado bien. Sin embargo, los tratamientos más empleados para los TEA son todavía las ‘intervenciones pedagógicas’. Existe un conjunto cada vez más importante de datos que apoyan la utilidad de tratamientos individualizados, con un grado de

afectación intensiva y que además se fundamentan filosóficamente y estructuran bien, para los pacientes con autismo (Alessandri, Thorp, Mundy, & Tuchman, 2005)

Con los diversos tratamientos que se podrían emplear en un sujeto con autismo dependiendo del profesional en la salud que lo atienda y las veces que se lleven los controles no se lo debe considerar como una verdad absoluta de una mejoría del autista, ya que se debe tener en cuenta que la presencia o la ausencia de los padres son un punto fundamental para que los procesos inclusión a nivel social y educativo.

Clara Bardón en su artículo *Los trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia*, sugiere como posible tratamiento en involucramiento de los padres, en principio dándoles un lugar no solo como padres de niños autistas sino sujetos en el tratamiento para así puedan historizar los avatares de la relación con su hijo y puedan movilizar su fantasma en relación a él. (Bardón, 2004)

El niño que presenta un trastorno acostumbra a ocupar en el fantasma de la madre una posición muy consolidada: un lugar oscuro como objeto de su tormento, como lo más insoportable o una parte de ella mismo y a consecuencia de ello, no está situado para esta madre como objeto distinto. También puede ser objeto malo o persecutorio en el fantasma del padre. (Bardón, 2004)

Darles un lugar en el tratamiento implica ante todo poder operar con eso con el lugar que el niño ocupa para los padres.

En una entrevista realizada a una madre de familia de un niño con Asperger realizada el 11 de enero del presente año, se pudieron obtener datos; como cuales tratamientos siguió en cuanto se supo el diagnóstico y como su presencia ha influido en los avances de su hijo.

El diagnóstico temprano para ella fue favorable, pues cambio su manera de actuar frente al niño, si bien la revelación del diagnóstico causa ansiedad y temor a la vez, ella menciona que cuando se enteró, lo primero que hizo fue llorar: “Me puse a llorar, porque no sabía nada, era ignorante, yo pensaba que era algo terrible; yo investigue todo lo de él y busque psicólogos” (Cortez, 2017) y a pesar de que el niño asistía a una escuela regular ella empezó a ver a especialistas, entre Psicólogos, Psiquiatras, terapeuta de lenguaje. Ella cambio su vida por completo; “Yo soy la que comparte con él, y aparte de mi es la tía de mi marido, ella le ha ayudado a expresarme, juega con el” (Cortez, 2017)

La influencia y presencia de los padres influye, incluso, hasta en como el niño logra hacer vínculo con lo social, cada palabra, mirada o respuesta de cualquier tipo logra movilizar al niño comprendido, a su vez, en sus progresos o retrocesos del tratamiento que esté llevando.

Por otro lado planteara Alfredo Jerusalinsky, en su texto, psicoanálisis del autismo, la diferencia entre las intervenciones del psicoanalista frente a un caso de psicosis y un caso de Autismo:

Si la intervención psicoanalítica exige, en el caso de las psicosis, que el terapeuta acompañe el delirio de su paciente, aun cuando no se identifique con sus excesos de sentido, en el caso del autismo la exigencia es más radical: el analista necesita acompañar a su pequeño paciente por el camino de su autoexclusión. Eso implica que tendrá que arriesgar un acto de reconocimiento recíproco (una identificación especular) fuera del territorio del lenguaje, con la esperanza de que su paciente lo siga en el retorno a ese territorio. Ningún ejercicio clínico es tan revelador como el que nos dice (y debemos esta enseñanza a los autistas) que nada somos fuera del lenguaje. (Jerusalinsky, 19997)

Marita Manzotti, por ejemplo, planteará en una compilación de investigaciones realizada para el libro “Clínica del autismo infantil”, el dispositivo soporte, en tanto un método de intervención con autistas desde el psicoanálisis

Es así como esta metodología de intervención llamada dispositivo de soporte, vendrá a ser un dispositivo terapéutico que no cuenta con los métodos clásicos de la educación. Donde todos los terapeutas son analizantes. Se realiza un trabajo conjunto con los otros profesionales en funciones de las estrategias planteadas para todos los niños. (Manzotti, 2008, págs. 16-18-19)

El trabajo con el Autista radicará en sostener entonces una oferta de implicación de trabajo psíquico, al consentimiento, a la tolerancia al encuentro. (Manzotti, 2008)

Siguiendo lo expuesto por Manzotti, el trabajo vendrá a ser, un trabajo sostenido en una dirección de presencia que no se sostiene en la desaparición de él o más propiamente en su aparición como niño (aislado o raro), en un dispositivo que soporte la especificidad de ese sujeto (Manzotti, 2008, págs. 18-19) Por lo tanto, el dispositivo soporte beneficia al niño en su introducción en el marco del Otro, buscando introducir al sujeto, rescatando lo singular de sus particularidades.

El dispositivo soporte oferta a cada niño la imprevisible aproximación a un marco que introduce al sujeto como tal (en su indeterminación), singularizando aquello que en el niño en particular (el detalle) hace de anudamiento, enlace o suplencia entre lo real y el significante a través de maniobras, cálculos y anticipaciones que nos permiten dirigir el trabajo (Manzotti, 2008, pág. 21)

Así como hay diversas maneras de abordaje y tratamiento, se debe considerar que la presencia de los padres es vital para un buen pronóstico en cuanto avances del niño en lo social y educativo.

Los niños con autismo como se mencionó anteriormente, son sujetos que se han encapsulados por el no deseo de la madre; es decir que han preferido encerrarse en su mundo que salir a la realidad.

Tomando los casos anteriores se ve el abandono de los padres es dos casos; y como fue el proceso del planteamiento de la cura se torna más complicado cuando es solo el analista quien intenta dirigir a ese sujeto a la sociedad.

No hay alguien que rectifique y refuerce las pautas, Victor y Marie fueron sujetos que si bien es cierto funcionaban con una sola vía, no era suficiente. En el caso L no hay un abandono, pero hay una diferenciación de la manera en como es tratado el regalo de él que el de alguno de los compañeros.

Una parte del tratamiento en sí, es que los padres intervengan en el proceso; este enunciado es comprobado por psicólogos y psiquiatras; como para el Psiquiatra José Heredia quien dice que es “fundamental la presencia de los padres, son los padres quienes con mayor interés y preocupación podrían mejor encaminar a sus hijos para que sean correctamente diagnosticados y reciban a la vez el pertinente tratamiento” (Heredia, 2016) la psiquiatra Silvia Cedeño respecto a eso menciona que la presencia de los padres en el proceso terapéutico es:

Fundamental. Es el pilar fundamental la familia. Que ellos se puedan integrar dentro de todas las estimulaciones. Son ellos los que pasan más tiempo con los niños; si bien es cierto los niños cuando están en la etapa escolar pueden pasar ciertas horas dentro de un aula educativa, pero también forma parte que el familiar sepa de qué manera el maestro o la persona que está estimulando a su hijo puedan dar las sugerencias y las pautas de poder seguir haciéndolo en casa (Cedeño, 2017)

Y siguiendo la misma línea la Psicóloga Paola Córdova opina que también similar a los psiquiatras; ella menciona que no solo debe ser un trabajo de psicólogo, psiquiatra, psicopedagogo; si no también maestra si el niño estuviera en una escuela y los madres; estos como agentes de cambio. (Landívar, 2017)

El trabajo multidisciplinario es lo que podría llegar a que el tratamiento tenga un mejor pronóstico en cuanto a tiempo, sin embargo hay que considerar el caso a caso siempre.

No en todos los niños con Autismo resultara la misma terapéutica; pero siempre los beneficiara en la calidad de vida que puedan tener en un futuro.

CONCLUSIONES

Usualmente se piensa en el Autista como un ser aislado, se lo estudia como tal. En el presente trabajo de titulación se realizó un recorrido bibliográfico con la intención de poder dar cuenta múltiples aspectos concernientes al sujeto Neurótico, Psicótico y Autista. Donde se logró ubicar la relación de la pareja parental y su influencia en la inclusión de sus hijos en la sociedad.

Es entorno a la relación de los padres, en su deseo, y en la posición que se ubican en torno a un hijo con capacidades distintas al resto, por donde se debe mirar al autista. El niño Autista antes llamado Asperger no es un ser aislado, forma parte de un conjunto de sujetos que mantiene una relación entre sí (la familia).

En notas sobre el niño, Lacan planteo la posición de los padres en la influencia de los hijos, en tanto la constitución subjetiva, a lo largo de las conceptualizaciones psicoanalíticas se habla acerca de las funciones que se ejercen para la conformación del sujeto.

En varios apartados se ha podido constatar la hipótesis de que el psicoanálisis remite la responsabilidad de los trastornos mentales de los hijos en los padres.

Para dar cuenta de la hipótesis respecto a la importancia de la relación de la pareja y su deseo en torno al hijo autista se tomará el siguiente apartado,

La exclusión por parte de los padres en la trama de sentido de algún tipo de implicación subjetiva de ese niño en lo que le ocurre impide que se atribuya algún valor o significación a sus extrañas conductas. Dada la modalidad de respuesta opturante, se queda desestimada alguna posibilidad de trabajo del propio niño o de su familia en relación a su destino. Solo le resulta posible sostener operatorias sobre el niño, que queda en una posición de receptor pasiva de las mismas. (Rubistein & Mazotti, 2008, pág. 154)

En otras palabras el Deseo de los padres frente al niño brindará la posibilidad de instituir al niño dentro del campo significativo, dentro de la ley, dentro de la sociedad. Fundamentalmente, la función de los padres beneficiara a los niños (Neuróticos o Autistas) en la inclusión de los mismos en el ámbito social y educativo.

Sin embargo no se trata de culpabilizar a los padres en la multiplicidad de vertientes a nivel estructural en las que puede desencadenar su hijo. Sino, en relación a las funciones que ejercen sobre el niño.

Si bien es cierto, existe una puesta en juego en aquel deseo de los padres frente al posible trastorno que pueda presentar su hijo. En el caso de una pareja con un hijo autista se explicará de la siguiente manera,

La suposición de un sujeto establece un punto de clivaje, ya que si bien, no anuda la importancia de localizar aquellos significantes que marcan el discurso parental, es decir, el orden de sentido que han logrado armar para este real que el niño representa para ellos, introduce además la responsabilidad subjetiva, en lo que hace a esa insondable decisión del ser, de no ceder a la pérdida de goce por la vía de hacerse sujeto de discurso. No se tratara entonces de culpabilizar a los padres por la patología del niño, en todo caso la responsabilidad de ellos se juzgara en relación a la formulación de una puesta: que puedan esperar algo de ese niño. Este pasaje de la culpa a responsabilidad no solo produce alivio en los padres sino que además permite que los restituya en su función. (Iuale, 2008, págs. 58-59)

La superación de un hijo con trastorno mental grave o un Autista se verá completamente ligada a aquella posición en la cual se ubiquen frente al deseo de la pareja. Donde esta pareja ubiquen a su hijo en su deseo, en cuanto su interés en la inclusión de su hijo a nivel social y educativo.

REFERENCIAS

- Abeles, A. (4 de Mayo de 1999). Posición del niño en la estructura. *Clase #5 Punto 2 b) Posición del niño en la estructura.*
- Alessandri, M., Thorp, D., Mundy, P., & Tuchman, R. (2005). *¿Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a la intervención.* Obtenido de Revista Neurología: http://psicologiainfantilforte.com/articulos/mundy_podemos_curar_el_autismo.pdf
- Annoni, G. (2012). Nuestra propuesta de una clínica del autismo desde el psicoanálisis. En *Autismo Infantil Una clínica desde el Psicoanálisis* (págs. 111-198). Rosario: HomoSapiens.
- Asociación Americana de psiquiatría. (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consultas de los criterios del DSM V.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bardón, C. (2004). *Los trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia.* Obtenido de L'interrogant: <http://revistainterrogant.org/los-trastornos-mentales-graves-la-infancia-la-adolescencia/>
- Battista, G. (enero de 2016). *Una lectura de Nota sobre el niño de Aníbal Leserre.* Obtenido de Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/031/Sala-de-lectura/PDF/Una-lectura-de-Nota-sobre-el-nino.pdf>
- Beltrán, M. (2015). *El caso Marie - Françoise a la luz de las nuevas elaboraciones sobre autismo.* Obtenido de Acta Académica: <http://www.academica.org/000-015/696.pdf>
- Benito, M. (Enero de 2011). *El Autismo de Leo Kanner.* Obtenido de Innovación y experiencias educativas: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_38/MONICA_BENITO_2.pdf
- Bernal, H. A. (Diciembre de 2009). *Poiésis* . Obtenido de Revista Electrónica de Psicología Social "Poiésis": <http://www.funlam.edu.co/poiesis>
- Blasco, J. M. (22 de Octubre de 1992). *El estadio del espejo: Introducción a la teoría del yo en Lacan.* Obtenido de Epbcn: <http://www.epbcn.com/pdf/jose-maria-blasco/1992-10-22-El-estadio-del-espejo-Introduccion-a-la-teoria-del-yo-en-Lacan.pdf>

- Booth, T., & Ainscow, M. (2000). *Índice de Inclusión: Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Obtenido de UNESCO/OREALC: <http://files.educacion-inclusiva-tocaima.webnode.com.co/2000000006-94ed095e7f/Indice%20Inclusion.pdf>
- Brito, A. P. (Diciembre de 2013). *Lacan, ¿un nombre de lo real?* Obtenido de Virtualia : <http://virtualia.eol.org.ar/027/template.asp?Hacia-el-congreso-de-la-AMP/Lacan-un-nombre-de-lo-real.html>
- Catalá, C. (1991). ¿Qué es un niño en Psicoanálisis? En C. Catala, & R. Uriz, *¿Qué es un niño en Psicoanálisis?* (pág. 15). España: Centro Psicosocial de Navarra.
- Cazenave, L. (27 de abril de 1999). Principales referencias al estatuto del niño en la enseñanza de Lacan:el estatuto subjetivo del niño. Su posición en la estructura como objeto en el fantasma materno, como falo y como sintoma de la pareja parental. *Clase 4: Punto 2*. Buenos Aires, Argentina: Instituto Clínico de Buenos Aires.
- Cedeño, S. (30 de enero de 2017). Niños con Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusion educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis. (M. E. Buri, Entrevistador)
- Cortez, J. R. (11 de enero de 2017). Niños con Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusion educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis. (M. E. Buri, Entrevistador)
- Cuxart, F. (2000). *El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos*. Malaga: Aljibe.
- Delgado, J. (16 de Agosto de 2016). *El trastorno del espectro autista (TEA) : Su clasificacion*. Obtenido de Etapa infantil : <https://www.etapainfantil.com/trsatorno-guion-espectro-autista-tea-niveles>
- Dör, J. (1996). *La psicosis lacaniana. Elementos fundamentales del abordaje lacaniano de la psicosis*. Recuperado el 2017, de APDEBA, Asociación psicoanalítica de buenos aires.: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Dor.pdf>
- Espinosa, A. (agosto de 2013). *Ministerio de Educación*. Obtenido de Acuerdo N° 0295-13: http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/08/ACUERDO_295-13.pdf

- Espinoza, A. (15 de Agosto de 2013). *Acuerdo N. 0295-13*. Obtenido de Ministerio de Educación: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/08/ACUERDO_295-13.pdf
- Ferrer, A. (2014). *Síndrome de Asperger*. Obtenido de Quo: <http://www.quo.es/salud/sindrome-de-asperger>
- Godoy, C., & Schejtman, F. (2010). *Dos fases en el uso del nudo borromeo en el último período de la obra de Jacques Lacan*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100057
- Halleux, B. d. (mayo de 2012). *Novedades sobre la práctica entre varios*. Obtenido de Letras Lacanianas: http://letraslacanianas.com/images/stories/numero_5/dossier/3_novedades%20practica.pdf
- Heredia, J. (diciembre de 2016). Niños con Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusión educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis. (M. E. Buri, Entrevistador)
- Hernández, O., Risquet, D., & León, M. (2015). *¿Síndrome de Asperger o buena evolución de un autismo infantil?* Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000400011
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). Mexico D.F: McGraw-Hill/ Interamericana Editores,S.A.
- Iuale, L. (2008). Los padres en el dispositivo soporte una atopía a localizar. En M. Mazotti, *Clínica del autismo infantil El dispositivo soporte* (págs. 55-59). Buenos Aires: Grama.
- Jerusalinsky, A. (19997). *Psicoanálisis del autismo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Junta de Andalucía. (2006). *Volumen 2 El Síndrome de Asperger Respuesta educativa*. Obtenido de Los Trastornos generales del desarrollo: Una aproximación desde la práctica: <http://www.psicodiagnosis.es/assets/t.g.dvolumen2.pdf>

- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos I* (págs. 99-105). México D.F, México: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1953). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis- Escritos I*.
Obtenido de Actividad Humana:
http://www.actividadhumana.com/articulos/Articulos_Portada/Lacan/lacan_texto4.pdf
- Lacan, J. (16 de Noviembre de 1955). *Seminario 3 Las Psicosis*.
- Lacan, J. (1974). *Seminario 22*. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1987). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis, Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1994). *Seminario IV La relación del Objeto*. Barcelona: Paidós.
- Landívar, P. C. (20 de enero de 2017). Niños con Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusión educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis. (M. E. Buri, Entrevistador)
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. En J. Laplanche, & J.-B. Pontalis. Buenos Aires: Paidós.
- Lara, J. G. (Junio de 2012). *El autismo. Historia y clasificaciones*. Obtenido de Scielo:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000300010&script=sci_arttext&tlng=pt
- Laurent, É. (2007). El niño como reverso de las familias. En M. Salgado, *La variedad de la practica* (pág. 20). El ruiseñor americano.
- Laurent, E. (2013). *La batalla del autismo*. Buenos Aires : Grama.
- Lora, M. E. (agosto de 2003). *El niño y la familia desde el psicoanálisis. Una aproximación lacanian*. Obtenido de Scielo:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000200004
- Manzotti, M. (2008). *Clínica del Autismo Infantil: El dispositivo soporte*. Buenos Aires: Gama.

- Manzotti, M. (2008). Para la lógica de la cura del autismo y la psicosis infantil, el valor de lo imprevisto esta en su cálculo. En M. Manzotti, *Clinica del autismo infantil El dispositivo soporte* (págs. 13-19). Buenos Aires: Grama.
- Marchesini, A. (Enero de 2016). *Autismos I*. Obtenido de Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/031/template.asp?Debates/Autismos-1.html>
- Martín, J., & Sosa, M. (2015). *Perspectiva sobre el autismo: La construcción de la relación fenómeno-estructura en el Psicoanálisis de la orientación lacaniana*. Obtenido de Académia : [//www.aacademica.org/000-015/231.pdf](http://www.aacademica.org/000-015/231.pdf)
- Maya, B. E. (2014). *Las paradojas del deseo*. Obtenido de Champlacanien: <https://champlacanien.net/public/docu/3/heterite11.pdf#page=115>
- Mena, A. D., & Nostas, C. U. (2004). *Incidencia y funcion de la estructura familiar en la constitucion subjetiva*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612004000100003
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imagenes*. Buenos Aires: Paidos.
- Reyes, J. L. (2013). *AUTISMO Y FAMILIA: UNA RELACIÓN SILENCIOSA*. Obtenido de Biblioteca Digital Universidad del Valle.: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/7567/1/CB-0491648.pdf>
- Rodríguez-Barrionuevo, A., & Rodríguez-Vives, M. (2002). *Diagnóstico clínico del autismo* . Obtenido de RevNeuro: <http://www.neurologia.com/pdf/web/34s1/ms10072.pdf>
- Rubistein, A., & Mazotti, M. (2008). Autismo y Psicosis infantil: us efectos en los padres de niños autistas. En M. Manzotti, *Clínica del autismo infantil El dispositivo soporte* (págs. 149-154). Buenos Aires: Grama.
- Secretaria Nacional Del Buen Vivir. (enero de 2017). *Objetivos Nacionales para el Buen Vivir*. Obtenido de Buen Vivir: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-2.-auspiciar-la-igualdad-la-cohesion-la-inclusion-y-la-equidad-social-y-territorial-en-la-diversidad>
- Solano Suarez, E. (2002). El síntoma en e niño. En Y. Grasser, V. Palomera, & E. Solano, *¿Cómo cura el Psicoanálisis?* (págs. 147-194). Bogota: Nueva Escuela Lacaniana.

- Solano, E. (2001). *La clinica de los nudos*. Obtenido de Nueva escuela Lacaneana del campo freudiano: <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Cuerpo-y-goce/827/La-clinica-de-los-nudos>
- Solano, E. (2002). La clinica de los nudos. En *Dossier: Clinica de la sexuación* (pág. 129).
- Sper, E. (22 de Noviembre de 2013). *Usos del cuerpo en los autistas*. Obtenido de VI ENAPOL: <http://www.enapol.com/es/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/Usos-del-cuerpo-en-los-autistas/Elena-Sper.html>
- Tendlarz, S. (Noviembre de 2012). *Niños Autistas*. Obtenido de Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/025/template.asp?Estudios/Ninos-autistas.html>
- Tendlarz, S. (22 de Noviembre de 2013). *Los usos del cuerpo en el autismo*. Obtenido de Las Conversaciones del ENAPOL: <http://www.enapol.com/es/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/Usos-del-cuerpo-en-los-autistas/Silvia-Elena-Tendlarz.html>
- Torres, M. (2005). *Clínica de las Neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Velásquez, J. F. (2003). El Autismo: Un nuevo abordaje clínico desde el Psicoanálisis. En M. F. Espinel (Ed.), *Autismo y Psicosis en Niños* (págs. 66-70). Guayaquil: Nel.
- Virgilio, C. (Julio de 2012). *Das ding y los límites de la simbolización*. Obtenido de Scielo : http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000200023

ANEXOS

Entrevistas a familiares

Entrevista a Sra. Jessica Raquel Cortez Cevallos – 31 años de edad (madre de un niño con Síndrome de Asperger)

1. ¿Qué tanto conoce sobre el autismo y/o Síndrome de Asperger?

Solo lo que he leído en internet; sobre los problemas que tienen para comunicarse

2. Conoce que existe diferencia sobre el Autismo y el S. A.

Sí, el Asperger puede llegar a relacionarse un poco más

3. ¿Cuál fue su reacción al enterarse del diagnóstico de su hijo/a?

Me puse a llorar, porque no sabía nada, era ignorante. Yo pensaba que era algo terrible. Yo investigue todo lo de él, busque psicólogos.

4. ¿Cree que ha cambiado en algo la manera de tratarlo a su hijo/a?

Sí. Ya no lo castigo como antes, con correa.

5. ¿Su hijo asiste a una escuela regular? / ¿su hijo asiste a una escuela especial?

Sí, va a una escuela normal como todos os niños. Aunque todavía me aconsejan que vaya a una pagada pero no, Leonel está bien ahí.

6. ¿Cuándo ingresó a la escuela, cuál fue su primera idea sobre eso?

Leo entró a la escuela normal mucho antes del diagnóstico y en 4rto de básica se enteraron del diagnóstico; hable con mi familia, amigos, profesores, todos los que nos rodean para que ayudaran a leo con todo lo que se podía

7. ¿Cree que la institución en donde estudia está capacitada para atender a niños con autismo?

La institución tiene la capacidad porque mandan los del gobierno, pero no todos los profesores lo siguen. No le dan la importancia que estos niños necesitan

8. ¿Qué tipo de tratamiento fuera de la institución educativa ha recibido: nombras?

Desde pequeño lo lleve a terapia de lenguaje, en el Lorenzo Ponce le hice todos los exámenes, ha estado con psiquiatras y psicólogos.

Aun en el Lorenzo Ponce no me daban un diagnóstico claro

En el dispensario N°4 ahí le diagnosticaron Asperger, se tardó un año y luego le prosiguieron a realizar pruebas

9. ¿En casa, quien o quienes comparten más con él; y que tanto lo han influenciado en como es el ahora?

Yo, soy la que comparto con él y aparte de mi es la tía, hermana de mi marido, ella le ha ayudado o hablando o expresándose luego con el

10. ¿Cree que su presencia hacen algún tipo de diferencia en cómo se comporta su hijo frente a los demás en su entorno?

Sí, yo le he enseñado a respetar, el no respetaba. Traté de integrarlo en juegos, lo lleve a la iglesia donde podía compartir con más niños; así él no quería lo llevaba y ya luego le terminaba gustando y pedía ir.

11. Cree que su implicancia en el tratamiento ha hecho mejoras en el niño: mencionar los progresos que se han evidenciado.

Sí. Yo deje de trabajar para dedicarme a él y el hermano piensa que no lo quiero pero también le explico porque es diferente

Razona más, antes era memorista

Pregunta más

Se viste solo, no podía abrocharse las camisas o pantalón

No tiene terror a la ropa nueva (eso a los 6 años)

Cuando le ponía ropa con dibujos gritaba para que se la quiten, ahora pide ponérsela

Entrevistas a familiares

Entrevista a Sra. Betzabeth Herrera (madre de un niño con Autismo de alto funcionamiento)

1. ¿Qué tanto conoce sobre el autismo y/o Síndrome de Asperger?

Como ya tengo un hijo de 15 años con autismo sé que es un trastorno del desarrollo que afecta la parte afectiva del individuo, la parte social, la comunicación y también se les dificulta todo lo que es su imaginación como te digo es un trastorno que afecta estas áreas que es indispensable trabajar en ellas

2. Conoce que existe diferencia sobre el Autismo y el S. A.

Si hay una pequeña diferencia en que el asperger es un poquito más de nivel que el autismo en el sentido que la persona con asperger tiene más apertura con lo que es social, ellos pueden tener una conversación que por lo general puede pasar desapercibida a cambio en el autismo si se nota mucho el problema de comunicación que tiene el autismo aunque tenga lenguaje se le dificulta te lo digo personalmente por Alejandro.

A Alejandro le gusta conversar con las personas pero si muchas veces se le dificulta entender lo que la otra persona le está diciendo y también a la persona. A él se le dificulta mucho expresarse conjugar que se yo verbos, pronombres, en la actualidad aun habla en tercera persona es lo que estoy trabajando con el todo el tiempo; ha mejorado muchísimo pero hay que ayudarle en ese aspecto. Yo pienso que en la comunicación él se diferencia mucho.

Anteriormente, mucho antes hace años atrás, yo pensaba que se decía que era porque los niños con Asperger eran mucho más inteligentes que los niños con autismo pero en los talleres que he estado y por experiencia propia no tiene nada que ver eso.

Incluso un niño con autismo de alto funcionamiento pienso que el IQ es mucho as elevado que el de un niño de Síndrome de Asperger o viceversa o sea que en realidad esa no es la diferencia.

Para mí siempre la diferencia va a ser el contacto e interacción que tenga el niño con Asperger con su medio y el niño con autismo

3. ¿Cuál fue su reacción al enterarse del diagnóstico de su hijo/a?

Mi reacción cuando me entregaron el diagnostico de Alejandro, primero que en ese entonces ya hace 14 años yo no sabía bien de que se trataba el autismo entonces cuando me doy cuenta, cuando me dicen que es tiene un trastorno, que es un niño

diferente yo dije pues bueno manos a la obra hay que trabajar y sacarlo adelante o sea no me puse a pensar que esto era un problema para toda su vida y no me puse a pensar en las consecuencias más adelante solamente me puse a pensar en que tenía que resolverlo ya! Entonces por un lado si doy gracias a Dios porque como que no me dio ese luto que le sabe dar a los padres que se ponen en negación y esas cosas sino que inmediatamente busque ayuda trate de averiguar sobre el tema y todo eso y bueno ya más grandecito ahí si todo como que lo veía, me di cuenta al año 3 meses y cuando el niño ya tuvo 4 años empecé a tener nervios porque no tenía lenguaje, no se expresaba y era muy aislado y entonces ya comenzó como a preocuparme la situación pero todo tiene solución y pues ya con un especialista en ciertas áreas me ayudaron y bueno ya después fue cuestión mía

4. ¿Cree que ha cambiado en algo la manera de tratarlo a su hijo/a?

Bueno obviamente va cambiando porque ya se va haciendo más adulto y tiene que tener más responsabilidades sin embargo en un principio cuando era pequeño pienso que uno subestima a un niño cuando tiene alguna capacidad diferente entonces si muy engreído, mucha sobreprotección pero ya después va cambiando y uno se va dando cuenta que él va a crecer y que no siempre vamos a estar los padres toda la vida y entonces comienza a haber otro tipo de trato con ellos.

Así que por lo general si se les da mucho cariño mucho amor pero también se le pone límites y disciplina siempre he dicho que el amor el respeto y la disciplina son muy importantes en estos casos

5. ¿Su hijo asiste a una escuela regular? / ¿su hijo asiste a una escuela especial?

Hasta el año pasado Alejandro iba a una escuela regular y bueno he probado algunas escuelas regulares sin embargo no han satisfecho mis expectativas en lo que es resultado académico pero además de eso subestiman mucho al niño con autismo que en mi país no está preparado para trabajar con ciertos tipos de capacidades diferentes.

No pasan de bolitas, y sumas y cosas así y pues en este año está en una escuela a distancia y yo misma estoy trabajando con él porque yo sé que mi hijo puede dar mucho más

6. ¿Cuándo ingresó a la escuela, cuál fue su primera idea sobre eso?

Claro uno siempre se preocupa, yo creo que hasta con los hijos regulares que tú vas el primer día a llevarlos a la escuela te da mucho nervio porque va a estar solo y ya no está quien lo cuide. Lo mismo me paso con Alejandro me preocupaba que se iba a poner a llorar porque era su primer día pero siempre me sorprende enseguida se fue

contento y me dijo ya chao y ya se fue. Y contenta porque me dio seguridad y tranquilidad y se quedó en sus escuelita

7. ¿Cree que la institución en donde estudia está capacitada para atender a niños con autismo?

Pienso que aquí en el Ecuador no hay instituciones educativas preparadas para trabajar con estos niños de ninguna manera porque no he visto en ninguna escuela un método para trabajar con personas con autismo. En este caso con autismo no se las otras capacidades diferentes pero lo que es autismo no están preparados y es más y si alguna profesora está capacitada es algo básico pero no creo que están preparadas para atender casos así

8. ¿Qué tipo de tratamiento fuera de la institución educativa ha recibido: nombras?

Como mamá en lo personal, me he capacitado mucho en diferentes terapias para trabajar con él así que pues yo tengo el autismo las 24 horas al día y trabajo con el todo tipo de terapia lúdica, de lenguaje, ocupacional, lo único en lo que es tratamiento lo que no le doy es medicina en ninguna manera; estoy en contra de la medicina creo que fielmente que un niño con autismo cuando son pequeños si los puedes manejar, lo puedes trabajar a tiempo no va a necesitar medicina yo sé que hay niños que lo utilizan por justamente no se trabajaron a tiempo cuando eran pequeños

9. ¿En casa, quien o quienes comparten más con él; y que tanto lo han influenciado en como es el ahora?

En mi casa viven mi hija mi pareja y yo somos 4 miembros de la familia mi hija ha sido un apoyo incondicional para Alejandro cuando tenía menos edad porque ahorita como esta en la adolescencia es un poco más complicado ella ya tiene amigos y pues ya más le da tiempo a la tecnología a otras cosas sin embargo si interactúa mucho con el hermano; juega mucho con mi pareja porque son hombres y tienen sus juegos y es como su papá convive con él desde los 12 años y bueno conmigo pasa todo el día y bueno yo soy como la consentidora y la que le enseña la que trabajamos todo el día conmigo y aparte de eso involucro mucho a toda mi familia incluido mi mamá mis hermanos para cuando haya reuniones para que puedan conversar con el interactuar con él y trato de hacer juegos con él y bastantes personas para que participe A pesar de que Alejandro ha avanzado mucho en su comportamiento en su forma de comunicarse, de interactuar, es un niño muy educado tranquilo, paciente. El autismo siempre va a estar latente o sea eso como todos los sabemos es su condición y de vida y va a estar toda la vida. Efectivamente el fin de semana que fui a un restaurante a comer

cangrejos, él comió su cangrejo y todo, ya luego como terminamos todos se fue a sentar y comenzó a ver un video que se yo en mi celular y comenzó a brincar porque tiene esa manía, porque se emociona, se puso a gritar, como en diferentes otros niños que comienza a hacer movimientos de la mano entonces la gente se frustra y es normal yo pienso que es normal y tengo que explicarles a las personas que tiene autismo

Pero también hablo con él y le explico que esas cosas las puede hacer dentro del hogar dentro de la casa y no las puede hacer fuera de la casa porque muchas personas se asustan a las otras personas y pues él lo entiende muy bien pide disculpas y se las aguanta hasta llegar a casa por eso también no le gusta salir mucho y en sus conversación si es muy intenso le gusta preguntar edades y le gusta saludar y bendecir a todo el mundo. Pero es un comportamiento que se puede manejar. Es muy manejable

10. ¿Cree que su presencia hacen algún tipo de diferencia en cómo se comporta su hijo frente a los demás en su entorno?

Bueno yo pienso que Alito se porta conmigo diferente si y cuando esta solo también es otro porque por ejemplo cuando esta con amigos que son terapeutas que son bien allegados a mi le dicen “ay vamos a ver a las chicas y si yo no estoy él dice si vamos a ver a la chicas pero cuando yo estoy él dice no eso no porque Alito es pequeño y Alito no puede ver eso a las chicas. Entonces está consciente de un entorno donde sabe lo que es malo y lo que es bueno

Claro que no es malo pero él todavía es un niño para esas cosas

Pero yo pienso que si aunque todo el mundo me diga que es un niño muy educado y tranquilo y todas esas cosas

11. Cree que su implicancia en el tratamiento ha hecho mejoras en el niño: mencionar los progresos que se han evidenciado.

Es evidente y como siempre y toda la vida lo he dicho el eje principal de la rehabilitación de un niño es la familia. Si ponemos a hacer consciencia del trastorno que tenemos dentro y con la familia; y la familia va a ayudar créemelo que va a haber una evidencia muy grande

Alejandro era un niño que hasta los 6 años tenía un límite en su lenguaje, comportamiento agresivo y pues con el pasar del tiempo efectivamente eso es lo que Alejandro ha cambiado

Tiene un comportamiento muy pasivo, muy preocupado por su entorno, tiene mucha mejora en su lenguaje, en su comunicación con las otras personas

Es muy tolerante tiene muchísima paciencia puede tomarse horas en un lugar conmigo y solamente me dice ya mismo nos toca ya mismo nos toca, si ya mismo nos toca hay que esperar, que tiempo dos horas; y dos horas no te dicen nada porque tiene que esperar dos horas que dijo la mamá.

Ya interactúa mucho más, ya habla mucho más, es muy cariñoso, atento, se preocupa si por ejemplo ve llorar a su hermana; ya no está ajeno a la realidad ya está más en la realidad, entonces es evidente que hay un progreso en él y eso me tiene muy feliz y contenta

Entrevista a Psiquiatra

Entrevista realizada al Dr. Psiquiatra José Miguel Heredia Mata, quien ejerce su profesión en el Hospital del niño Francisco de Icaza Bustamante

1. ¿Qué opina sobre que el Síndrome de Asperger en el DSM V haya sido incluido dentro del TEA?

Los manuales diagnósticos lo que hacen es tratar de unificar criterios para una mejor clasificación de los trastornos. En este sentido, si los entendidos y expertos así lo han considerado nada puedo refutar al respecto. Ni el DSM V ni el CIE 10 reemplazan a la psicopatología y los profesionales de salud mental no tratamos diagnósticos, sino a personas. Si bien es cierto, los diagnósticos son importantes, mucho más lo es evitar la estigmatización de la que muchas veces son objeto los niños afectados con este síndrome.

2. ¿Para la Psiquiatría, el autismo tiene cura?

Al igual que en muchos otros trastornos mentales no puede hablarse simplemente de "cura". Los tratamientos de diferentes modalidades intentan mejorar el desarrollo y las condiciones de vida

3. ¿Cuál es la diferencia entre el autismo y el asperger? Y si existe clasifíquelo

Básicamente la diferencia es la afección de lenguaje, que en el autismo está presente y en el síndrome de Asperger no. También existe menos disfuncionalidad en S.A., considerándose así menos desfavorable el pronóstico. Según el CIE 10 los Trastornos generalizados del desarrollo se clasifican en: Autismo infantil, autismo atípico, síndrome de Rett, otros trastornos desintegrativos de la infancia, trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados, síndrome de Asperger, otros trastornos generalizados del desarrollo y trastorno generalizado del desarrollo sin especificación

4. ¿Cuál sería el tratamiento que desde la psiquiatría propone para la cura del Autismo?

Existe tratamiento psicológico y farmacológico según la gravedad de la sintomatología

5. ¿Cuándo se llega a medicar a un niño con Autismo?

Todo dependerá de la gravedad de la sintomatología, si existe por ejemplo hiperactividad, ansiedad, depresión, agresividad o si se acompaña o no el autismo de déficit intelectual.

6. ¿El niño con Síndrome de Asperger puede confundirse con alguna otra patología relacionada con otro trastorno del desarrollo en la infancia?

Si, de hecho al haber sido considerado tanto el autismo infantil, como el síndrome de Asperger dentro de los trastornos generalizados del desarrollo, es lógico que se encuentren síntomas en común, como por ejemplo la interacción social.

7. ¿Cómo Psiquiatra, según su experiencia, que tan favorable es la presencia de los padres en la vida y proceso de tratamiento del niño con autismo y/o Síndrome de Asperger?

Fundamental, son los padres quienes con mayor interés y preocupación podrían mejor encaminar a sus hijos para que sean correctamente diagnosticados y reciban a la vez el pertinente tratamiento. Actualmente existe gran cantidad de información a la que muchos de los padres de niños con Autismo o síndrome de Asperger acceden con el fin de mejorar la condición de sus hijos.

Entrevista a Psiquiatra

Entrevista realizada a la Dra. Psiquiatra Silvia del Carmen Cedeño quien ejerce su profesión en el Hospital del niño Francisco de Icaza Bustamante

1. ¿Qué opina sobre que el Síndrome de Asperger en el DSM V haya sido incluido dentro del TEA?

Está bien que lo hayan incluido, o sea tomado en consideración ahora como un capítulo aparte porque se han dado en las revisiones, que han quedado muchos pacientes fuera de este diagnóstico o solamente los catalogaban como Trastorno generalizado del desarrollo.

Ahora un capítulo aparte se enfoca en si dentro de lo que hay que trabajar y saber el diagnóstico de los pacientes con Asperger

2. ¿Para la Psiquiatría, el autismo tiene cura?

No, no tiene cura. Lo que se hace con estos trabajos es poder estimular; para que estos pacientes puedan desarrollar mejores habilidades porque ellos tienen mucha creatividad, el aprendizaje esta sobre el límite de lo normal de un chico de la edad que ellos puedan presentar.

Específicamente cura en sí de algún tratamiento específico farmacológico no

3. ¿Cuál es la diferencia entre el autismo y el asperger? Y si existe clasifíquelo

El autismo tiene mal la parte conductual, la parte del área de la comunicación, la verbalización, conductas estereotipadas lo que presentan más estos pacientes.

En el autismo podemos ver entre leve, moderado y grave. Y en el Asperger las dificultades más en la socialización; el aprendizaje del lenguaje está más desarrollado

4. ¿Cuál sería el tratamiento que desde la psiquiatría propone para la cura del Autismo?

Todo lo estimulativo, psicoterapia, terapias de lenguaje, terapia ocupacional. Todo es estimulativo, entre más estimulaciones recibe el chico, mejor respuesta va a tener, mejor capacidad de adaptación, mejor forma de la comunicación por ende también el aprendizaje porque muchos de ellos por lo general son autodidácticos

5. ¿Cuándo se llega a medicar a un niño con Autismo?

Cuando presenta conductas y comportamientos dentro de lo que es agresividad, impulsividad y una vez que se estabilizan estos síntomas, la medicación, es retirada, no es para toda la vida.

También se puede medicar en un Síndrome de Asperger cuando tiene patologías que están relacionadas con un déficit de atención, que también puede presentarlas,

entonces se les da medicación para poder revertir, estabilizar e igual, se estabiliza y se retira la medicación

6. ¿El niño con Síndrome de Asperger puede confundirse con alguna otra patología relacionada con otro trastorno del desarrollo en la infancia?

Tienden a ser confundidos con una hiperactividad con déficit de atención; otra los déficit atencionales también los suelen confundir con Asperger o autismo

7. ¿Cómo Psiquiatra, según su experiencia, que tan favorable es la presencia de los padres en la vida y proceso de tratamiento del niño con autismo y/o Síndrome de Asperger?

Fundamental. Es el pilar fundamental la familia. Que ellos se puedan integrar dentro de todas las estimulaciones. Son ellos los que pasan más tiempo con los niños; si bien es cierto los niños cuando están en la etapa escolar pueden pasar ciertas horas dentro de un aula educativa, pero también forma parte que el familiar sepa de qué manera el maestro o la persona que está estimulando a su hijo puedan dar las sugerencias y las pautas de poder seguir haciéndolo en casa

Entrevista a Psicóloga

Entrevista a Psi. Cl. Paola Córdova Landívar quien trabaja en el Hospital del niño Francisco de Icaza Bustamante

1. ¿Cuánto tiempo lleva atendiendo a pacientes con TEA?

Aproximadamente más de 5 años

2. ¿Ud. conoce sobre la desaparición del trastorno asperger en el DSM V, que opina sobre eso?

Si conozco pero pensaría que es una decisión muy apresurada ya que el autismo y el asperger de acuerdo a lo que yo he trabajado en la práctica no tiene la misma sintomatología y evidentemente el síndrome de Asperger tiene un muy buen pronóstico y si hay bastantes parámetros para decir que no es lo mismo más que nada cuando uno tiene enfrente un paciente autista y un paciente con Síndrome de Asperger.

A veces si uno lo lee la parte muy teórica en ocasiones podría parecerse pero ya luego cuando lo trabajamos en la consulta nos damos cuenta que no, que realmente la socialización del síndrome de asperger es mucho más fluida y se encuentra que se puede lograr una socialización que casi es imperceptible par muchos profesionales o no profesionales poder darse cuenta que este niño tiene un síndrome de Asperger; lo cual en un autista esto es realmente notorio

3. ¿A qué edad se puede diagnosticar el Autismo, y como se podría diferenciar del Síndrome de Asperger?

Realmente diagnosticar autismo y Asperger debería diagnosticarse luego de los 5 años de edad aparentemente también deberíamos ver signos y síntomas a temprana edad en pleno desarrollo pero tendríamos que tener ya la experticia de ver el caso a caso y poder más o menos darnos cuenta porque generalizar para decir ya que a tal edad lo podemos diagnosticar no; cuantas veces hemos visto en la práctica que en primer instancia decimos que es un autismo muy atípico o típico y luego tiene un buen pronóstico y solo se lo ve como un trastornos generalizado del desarrollo

4. ¿Según su experiencia, cuan necesaria cree Ud. que es la presencia de los padres de niños con TEA a lo largo de su proceso de aprendizaje e inclusión social?

Es fundamental que se trabaje en equipo tanto padres como en este caso, dependiendo el caso ver si hay psicólogo y psiquiatra, si hay psicopedagogo es un trabajo multidisciplinario porque también entraría la parte de la maestra que este cargo de este

salón donde se encuentra este niño con autismo y practicante siempre caerá la mayor responsabilidad y mejor motivación en los padres; sin ellos realmente no se puede llegar a un buen pronóstico y mientras ellos estén conscientes del síndrome si es asperger o es un autismo tenemos la posibilidad que ellos realmente nos puedan dar la mano, porque son ellos los que realmente están día a día con estos niños, nosotros solamente somos una herramienta que sugiere ciertas pautas para poder sobrellevar mejor este síndrome o como se dice autismo

5. ¿En su clínica particular, que tan a menudo ve a los padres involucrarse en la terapia de su hijo/a?

Yo podría decir que de un 100% creería que un 85% van bastante pegados a lo que es involucrarse a querer saber, a querer aprender a ver que más pueden hacer.

Yo creo que ahora más que nunca también que ya no es un tabú cuando se habla de salud mental los padres también tienen más confianza en preguntar y no tanto miedo a los prejuicios a ser señalados y están menos ansiosos cuando conocen realmente como deben trabajar con sus niños

6. ¿La repentina presencia o ausencia de alguno de los miembros, ya sea mamá o papá, ha ocasionado que el niño tenga un retroceso?

Si, efectivamente sí. Muchas veces se ve que hay un retroceso en niños que van evolucionando bastante bien con un buen pronóstico, niños que en primera instancia no socializaban que tenían poco o escaso contacto visual, que no controlaban esfínteres, que eran muy impulsivos, que no toleraban ruidos, poco a poco ellos van haciendo de su rutina un aprendizaje diario en el cual muchas de estas conducta se van aprendiendo y se van reforzando cuando hay este apoyo de mamá, papá o de ambos y a veces uno de ellos por factor trabajo o por muchos divorcios que se encuentran tienden a irse y el niño ahí es cuando se observa claramente que los niños tienden a retroceder si lograron a hablar pues hablan menos, si lograron hacer contacto visual posiblemente ya no, si es que a lo mejor ya no hacían aleteo, o sea estos movimiento estereotipados pues los vuelven a hacer; si hay muchos cambios significativos en la conducta de estos niños cuando hay la ausencia de alguno de ellos o la sobreprotección

7. ¿Cuál es la labor del psicólogo frente a los casos de síndrome de asperger? (como plantea la dirección de la Cura)

Bueno realmente no hay una cura como tal, no creería que hay como una medicina o una pauta conductual 100% efectiva, yo creo que ahí se ve el caso a caso, tienes que

ver la situación familiar, tienes que ver también mucho su entorno en cuanto su aprendizaje ya sea desde el inicial luego una primaria y luego una secundaria como se introduce a este niño en la sociedad y creería que es fundamental la labor que podemos hacer nosotros con ellos porque es ahí cuando la familia realmente se involucra y va conociendo desde el rol de padres que deben hacer para que estos niños logren estar incluidos en la sociedad, estar incluidos en ese día a día de poder compartir, de poder tener una vida bastante pegada a lo que se quisiera tener ya no estamos en esa época que debemos manejar estos temas como tabú o con vergüenza al contrario se le debe dar toda la apertura y creo que es un rol importante y fundamental que somos nosotros

8. ¿Cuál es la manera que Ud. Intervendría en relación al planteamiento de la cura?

Por lo general se trabaja mucho la parte de psicoterapia psicoeducación las pautas conductuales dependiendo realmente también del niño; que ya haya superado y que aun todavía le cuesta en el tema conductual y en el tema de poder relacionarse hay bastantes terapias ocupacionales, hay la terapia de lenguaje, entonces realmente una cura como tal creería que no hay, siempre hay que trabajar con cada niño diferente, en la práctica se ve eso yo no podría decir que yo tengo un manual o una tabla específica para trabajar con todos los niños que he manejado con autismo y con síndrome de asperger . Yo creo que lo que me ha resultado en la experiencia de la clínica como tal es trabajar el caso a caso eso es fundamental, yo creo en el rol del psicólogo poder detectar cuáles son las destrezas y cuáles son esas debilidades para poderlas resolver y realmente que eso no llegue a ser un estancamiento para ese niño, al contrario poderle ayudar 100% en todo lo que sea integrarlo al proceso de socialización que es lo más importante lograr que él pueda comunicarse, decir y manifestar lo que el percibe así sea con un lenguaje simple, poco elaborado pero que pueda decir



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Estrella Buri, Mónica Lorena**, con C.C: # **0931414551** autora del trabajo de titulación: **“Niños con síndrome de Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusión educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis.”** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, **21 de febrero de 2017**

f. _____

Nombre: **Estrella Buri, Mónica Lorena**

C.C: **0931414551**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Palacios Zambrano, Victor Antonio**, con C.C: # **0925636888** autor del trabajo de titulación: “**Niños con síndrome de Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusión educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis.**” previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, **21 de febrero de 2017**

f. _____

Nombre: **Palacios Zambrano, Victor Antonio**

C.C: **09925636888**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	“Niños con síndrome de Asperger y la influencia de la pareja parental en su inclusión educativa y social. Una mirada desde el Psicoanálisis.”		
AUTOR(ES)	Mónica Lorena, Estrella Buri Victor Antonio Palacios Zambrano		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psi. Clic. David Jonatan Aguirre Panta.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Filosofía Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada/o en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	21 de febrero de 2017	No. DE PÁGINAS:	103
ÁREAS TEMÁTICAS:	Niños son Síndrome de Asperger, Psicoanálisis, inclusión educativa y social		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Psicoanálisis, Asperger, Psicosis, Neurosis, Autismo, Inclusión		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

El presente trabajo de titulación tiene como objetivo determinar por medio de la recopilación de datos bibliográficos basados en la teoría psicoanalítica, junto con teorías sociales y culturales, cómo la relación de la pareja parental influye en la inclusión social y educativa de sus hijos con síndrome de Asperger. El marco metodológico aplicado fue longitudinal o evolutivo, el cual se centra en la búsqueda de datos de distintos puntos del tiempo para realizar inferencias, causas y efectos de categorías, conceptos, sucesos, variables, contextos o comunidades.

Siguiendo esta metodología se buscó dar cuenta de la hipótesis referente a la relación de los padres y los beneficios de su deseo frente a los casos de hijos con Asperger en la inclusión social y educativa por medio de un recorrido histórico desde cuándo apareció el Autismo, el Síndrome de Asperger y cuándo se



fusionó; junto a los tratamientos que hay en dónde los padres se ven involucrados.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2213917/ 0989732174 2432042/0998660786	E-mail: moni_lore@hotmail.com vpalacios90@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Gómez Aguayo Rosa Irene Teléfono: +593-4-2200511 E-mail: rosa.gomez01@cu.ucsg.edu.ec / gomez_78@outlook.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		