



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**El Manejo Del Niño Discapacitado (Autismo, Psicosis Infantil Y
Síndrome De Down) Y El Psicoanálisis.**

AUTORAS:

**Córdova Burgos, Katherine Susana
Paz Paz, Estefanía Alejandra**

**Trabajo de Graduación previo a la Obtención del Título de:
PSICÓLOGO CLÍNICO**

TUTOR

Guerrero De Medina, Nora

Guayaquil, Ecuador

2013



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Katherine Susana Córdova Burgos y Estefanía Alejandra Paz Paz** como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicólogo Clínico**.

TUTOR (A)

Dra. Nora Guerrero de Medina

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

Psi. Cl. José Acosta

Guayaquil, a los 21 días del mes de Mayo del año 2013



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Katherine Susana Córdova Burgos y Estefanía Alejandra Paz Paz.**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **El Manejo Del Niño Discapacitado (Autismo, Psicosis Infantil Y Síndrome De Down) Y El Psicoanálisis**, previa a la obtención del Título **de Psicólogo Clínico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

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

Guayaquil, a los 21 días del mes de Mayo del año 2013

LAS AUTORAS

Katherine Susana Córdova Burgos

Estefanía Alejandra Paz Paz



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Katherine Susana Córdova Burgos y Estefanía Alejandra Paz.**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **El Manejo Del Niño Discapacitado (Autismo, Psicosis Infantil Y Síndrome De Down) Y El Psicoanálisis**, previa a la obtención del Título **de Psicólogo Clínico**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 días del mes de Mayo del año 2013

LAS AUTORAS

Katherine Susana Córdova Burgos

Estefanía Alejandra Paz Paz

AGRADECIMIENTO

“A Dios, por permitirme entender y avanzar con humildad en el diario vivir.”

“A mis padres y hermano que fueron piezas fundamentales para poder desarrollar seguridad en mí misma y lograr ser lo que soy.”

“A mis tíos y familiares que apostaron por mí; ellos fueron el sustento y motivación para ejercer la profesión”

“A mis profesores que me enseñaron, prepararon y pulieron profesionalmente, especialmente a la Dra. Nora Guerrero por su paciencia y colaboración para la realización de este trabajo. ”

Katherine Córdova Burgos

“Es mi deseo como sencillo gesto de agradecimiento, dedicarles mi trabajo en primer lugar a Dios, quien me dio salud, perseverancia y fortaleza cada día”

“Luego a mis abuelos quienes, me han dado mucho amor, han creído en mí, y siempre me han apoyado, gracias por proveerme de una carrera para mi futuro, todo esto se los debo a ustedes”

“A mis padres y hermanos, por quererme, apoyarme, y estar siempre para mí”

“A mis profesores que me han guiado en mi carrera, en especial a la Dra. Nora Guerrero de Medina por su ayuda al realizar este trabajo”

Estefanía Paz Paz

Dedicatoria

“Dedico este trabajo a mis padres, hermano, especialmente a mi Tía Adriana y a mi abuela Yolanda que a pesar de la distancia han estado apoyándome ante cualquier circunstancia durante mi formación personal y profesional; les aseguro que sus esfuerzos no han sido en vano, solo me queda decirles, muchas gracias.”

Katherine Córdova Burgos.

“El presente trabajo lo dedico a mis abuelos, Lenin y Alba quienes a lo largo de mi vida han sido mi apoyo afectivo, social, moral y económico, en cada etapa de mi vida. Es por esto que sin temor a equivocarme puedo decir gracias y espero haber llenado sus expectativas”

Estefanía Paz Paz

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dra. Nora Guerrero de Medina

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

Dra. Nora Guerrero de Medina

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1 El Enigma y el deseo del Otro.....	4
1.1.1 Alineación y Separación.....	6
1.1.2 Fantasías y fantasmas del Otro.....	8
1.2 El Autismo	10
1.2.1 ¿Quién es el sujeto autista desde el punto de vista médico - psiquiátrico?	10
1.2.2 ¿Quién es el sujeto Autista desde el psicoanálisis?	16
1.3 Psicosis Infantil	21
1.3.1 La psicosis en la infancia desde la perspectiva psiquiátrica.....	21
1.3.2 La psicosis en la infancia desde la perspectiva psicoanalítica.....	23
1.4 El Síndrome de Down	26
1.4.1 El síndrome de Down, enfoque médico.....	26
1.4.2 El síndrome de Down desde el psicoanálisis.....	31

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	35
2.1 El Método Clínico	35
2.2 Formas de abordajes terapéuticas posibles.....	36
2.2.1 Formas de abordaje terapéutico posible para el Autismo.....	36
2.2.2. Formas de abordaje terapéutico posible para la Psicosis.....	38
2.2.3 Formas de abordaje terapéutico posible para el Síndrome de Down.	42
CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	47
1. CASUÍSTICA	47
1.1. Caso C (Autismo).	47
1.2. Caso D (Psicosis).....	53
1.3. Caso G, (Síndrome de Down).....	57
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	64

RESUMEN (ABSTRACT)

Dentro de las prácticas pre-profesionales realizadas en el Hospital de niños Roberto Gilbert Elizalde, pudimos observar que la atención en el ámbito hospitalario, familiar y social a los niños con discapacidad mental como: Autistas, Psicóticos y Síndrome de Down, se direcciona más al enfoque médico, debido a la falta de conocimiento sobre el tema desde el enfoque psicológico. Por lo que podemos constatar que existe una necesidad de conocer a mayor profundidad las formas de abordaje con los niños discapacitados: Autistas, Psicóticos y Síndrome de Down.

Esta experiencia nos llevó a realizar una investigación que nos condujo a estudiar distintas perspectivas de estos padecimientos, yendo desde los estudios realizados por la medicina hasta los de orientación analítica, y de este modo poder plantear de manera puntualizada los diferentes criterios que tanto la medicina como la psicología nos ofrecen en relación a estas discapacidades.

Es así que realizaremos un pequeño recorrido atravesando el discurso médico como la Medicina y de Psiquiatría para estos “trastornos” los cuales se diagnosticarán a partir parámetros que permitirán medir si las conductas del niño discapacitado son “normales o anormales”. De esta manera continuaremos encaminado la investigación con mayor profundidad en nuestro campo de estudio profesional que es el de la Psicología clínica, guiándonos con conceptos provenientes del psicoanálisis y de este modo realizar un estudio de los métodos que desde la orientación psicoanalítica nos permiten trabajar estas discapacidades.

Palabras Claves: Autismo, Psicosis, Síndrome de Down, Cuerpo.

AGRADECIMIENTO

“A Dios, por permitirme entender y avanzar con humildad en el diario vivir.”

“A mis padres y hermano que fueron piezas fundamentales para poder desarrollar seguridad en mí misma y lograr ser lo que soy.”

“A mis tíos y familiares que apostaron por mí; ellos fueron el sustento y motivación para ejercer la profesión”

“A mis profesores que me enseñaron, prepararon y pulieron profesionalmente, especialmente a la Dra. Nora Guerrero por su paciencia y colaboración para la realización de este trabajo. ”

Katherine Córdova Burgos

“Es mi deseo como sencillo gesto de agradecimiento, dedicarles mi trabajo en primer lugar a Dios, quien me dio salud, perseverancia y fortaleza cada día”

“Luego a mis abuelos quienes, me han dado mucho amor, han creído en mí, y siempre me han apoyado, gracias por proveerme de una carrera para mi futuro, todo esto se los debo a ustedes”

“A mis padres y hermanos, por quererme, apoyarme, y estar siempre para mí”

“A mis profesores que me han guiado en mi carrera, en especial a la Dra. Nora Guerrero de Medina por su ayuda al realizar este trabajo”

Estefanía Paz Paz

Dedicatoria

“Dedico este trabajo a mis padres, hermano, especialmente a mi Tía Adriana y a mi abuela Yolanda que a pesar de la distancia han estado apoyándome ante cualquier circunstancia durante mi formación personal y profesional; les aseguro que sus esfuerzos no han sido en vano, solo me queda decirles, muchas gracias.”

Katherine Córdova Burgos.

“El presente trabajo lo dedico a mis abuelos, Lenin y Alba quienes a lo largo de mi vida han sido mi apoyo afectivo, social, moral y económico, en cada etapa de mi vida. Es por esto que sin temor a equivocarme puedo decir gracias y espero haber llenado sus expectativas”

Estefanía Paz Paz

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dra. Nora Guerrero de Medina

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

Dra. Nora Guerrero de Medina

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1 El Enigma y el deseo del Otro.....	4
1.1.1 Alineación y Separación.....	6
1.1.2 Fantasías y fantasmas del Otro.....	8
1.2 El Autismo	10
1.2.1 ¿Quién es el sujeto autista desde el punto de vista médico - psiquiátrico?	10
1.2.2 ¿Quién es el sujeto Autista desde el psicoanálisis?	16
1.3 Psicosis Infantil	21
1.3.1 La psicosis en la infancia desde la perspectiva psiquiátrica.....	21
1.3.2 La psicosis en la infancia desde la perspectiva psicoanalítica.....	23
1.4 El Síndrome de Down	26
1.4.1 El síndrome de Down, enfoque médico.....	26
1.4.2 El síndrome de Down desde el psicoanálisis.....	31

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	35
2.1 El Método Clínico	35
2.2 Formas de abordajes terapéuticos posibles.....	36
2.2.1 Formas de abordaje terapéutico posible para el Autismo.....	36
2.2.2. Formas de abordaje terapéutico posible para la Psicosis.....	38
2.2.3 Formas de abordaje terapéutico posible para el Síndrome de Down.	42
CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	47
1. CASUÍSTICA	47
1.1. Caso C (Autismo).	47
1.2. Caso D (Psicosis).....	53
1.3. Caso G, (Síndrome de Down).....	57
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	64

RESUMEN (ABSTRACT)

Dentro de las prácticas pre-profesionales realizadas en el Hospital de niños Roberto Gilbert Elizalde, pudimos observar que la atención en el ámbito hospitalario, familiar y social a los niños con discapacidad mental como: Autistas, Psicóticos y Síndrome de Down, se direcciona más al enfoque médico, debido a la falta de conocimiento sobre el tema desde el enfoque psicológico. Por lo que podemos constatar que existe una necesidad de conocer a mayor profundidad las formas de abordaje con los niños discapacitados: Autistas, Psicóticos y Síndrome de Down.

Esta experiencia nos llevó a realizar una investigación que nos condujo a estudiar distintas perspectivas de estos padecimientos, yendo desde los estudios realizados por la medicina hasta los de orientación analítica, y de este modo poder plantear de manera puntualizada los diferentes criterios que tanto la medicina como la psicología nos ofrecen en relación a estas discapacidades.

Es así que realizaremos un pequeño recorrido atravesando el discurso médico como la Medicina y de Psiquiatría para estos “trastornos” los cuales se diagnosticarán a partir parámetros que permitirán medir si las conductas del niño discapacitado son “normales o anormales”. De esta manera continuaremos encaminado la investigación con mayor profundidad en nuestro campo de estudio profesional que es el de la Psicología clínica, guiándonos con conceptos provenientes del psicoanálisis y de este modo realizar un estudio de los métodos que desde la orientación psicoanalítica nos permiten trabajar estas discapacidades.

Palabras Claves: Autismo, Psicosis, Síndrome de Down, Cuerpo.

INTRODUCCIÓN

Ante la gran problemática social, que significan las discapacidades en la infancia como El Síndrome de Down, El Autismo y La Psicosis, y la dificultad para diagnosticarlas, así como para encontrar un tratamiento adecuado, nos motivó a emprender esta investigación, que creemos importante y necesaria, toda vez que vivimos en un mundo globalizado y de inclusión, donde las diferencias deben ser atendidas con el objetivo de brindar una oportunidad a todos.

Como futuras profesionales de la psicología, estamos obligadas a acercarnos a este grupo de personas especiales, pero no menos importantes, para realizar un estudio, que nos permita conocer su situación y de ser posible, ayudarlos a manejarse dentro de la sociedad. Nuestro trabajo se basa no solo en una investigación teórica sino que también hemos realizado estudios de casos y también hemos practicado en el área de psicología del Hospital del niño Roberto Gilbert, proponiendo alternativas más viables de abordaje para el tratamiento de los niños afectados con Autismo, Psicosis o síndrome de Down.

Nuestro trabajo se titula EL MANEJO DEL NIÑO DISCAPACITADO Y EL PSICOANALISIS, siendo el Síndrome de Down, la discapacidad que actualmente ha sido más investigada y por ende tiene mayor aceptación e inclusión en la sociedad, a diferencia del Autismo y la Psicosis en la Infancia, de las que hay menos información y por tanto menos aceptadas en la sociedad.

Debido a la orientación de nuestra facultad que es la psicoanalítica trataremos las discapacidades antes mencionadas desde los conceptos que nos brinda el

psicoanálisis para definir la posición subjetiva que la familia tiene respecto al niño discapacitado, otra sería diferenciar el abordaje terapéutico específico para cada caso y familiarizarse con los métodos de aplicación propios del Autismo, Psicosis y Síndrome de Down

En el primer capítulo titulado "El deseo es el deseo del otro" consiste en abordar temas como La Alienación y La Separación, que son dos procesos importantes de comprender para diagnosticar y trabajar con este tipo de niños.

El segundo capítulo titulado "El Autismo", trata esta discapacidad como un trastorno del desarrollo, que se mantiene toda la vida y que se presenta generalmente a partir de los 18 meses a los 3 años. "El hecho que los autistas no nos escuchen, es lo que hace que no los escuchemos. Pero finalmente, sin duda, hay algo para decirles". (Jacques Lacan).

El tercer capítulo titulado "Psicosis en la Infancia", trata de la historia reciente de la psicosis infantil, que viene señalada por la introducción en 1943, por el autismo de Kanner. (MARCELLI & AJUIAGUERRA, 1996). Para los Psiquiatras una psicosis se inicia en el momento en que se presentan los primeros síntomas.

El cuarto capítulo titulado "El síndrome de Down", aborda esta discapacidad desde el punto de vista médico y psicológico a través de los siguientes temas:

Formas genéticas; Problemas físicos que acompañan al Síndrome: ocular como la refracción, la miopía, y las cataratas; con el oído interno; orejas pequeñas y achatadas; los pómulos más visibles; extremidades más cortas que el tronco; manos y pies más cortos y planos, etc.

El quinto capítulo titulado “Casuística” que está dividido en 3 subtemas que son casos con los que ejemplificaremos la teoría investigada llevando a la práctica lo aprendido, presentamos un caso de cada discapacidad:

El caso C que es un caso de Autismo, tomado del libro “Clínica del autismo infantil” de Marita Manzotti, donde presenta el caso de una niña de tres años, que es derivada por el Jardín de infantes pues presenta dificultades para integrarse y respetar consignas.

El siguiente caso es de Psicosis, el caso D, que trata de una niña de diez años que llega al hospital de niños Roberto Gilbert y su madre pide la atención psicológica, pues D presenta temor a estar sola y de separarse de la madre.

El caso G que trata con una niña de diez años con Síndrome de Down que ingresa en el hospital de niños Roberto Gilbert y es diagnosticada con Leucemia, los padres piden la atención psicológica ya que temen que G pueda morir.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

En este capítulo vamos a tratar de abordar temas como La Alienación y La Separación, procesos importantes para la constitución subjetiva; a partir del cual podemos comprender la estructura de este niño y además una forma de abordaje terapéutico.

1.1 Enigma del deseo del Otro

El niño para el psicoanálisis no nace solo biológicamente sino que nace gracias al deseo del Otro, es decir, que si no encuentra un lugar en el deseo del Otro, el niño puede morir. Por lo tanto, el niño, no es puro cuerpo, sino que ante todo será determinado por el lenguaje y por el deseo de este Otro; deseo que paulatinamente se va interiorizando hasta transformarse en deseo propio.

Freud, dice que el deseo inconsciente, es propio de cada sujeto, y, que la necesidad, no tiene que ver con la supervivencia y la adaptación, es un deseo que no se puede olvidar porque es esencialmente insatisfecho y en su surgimiento mismo está motorizado por la pérdida.

La experiencia de satisfacción deja en el niño una huella mnémica imperecedera, de tal modo que cuando el estado de necesidad vuelva a aparecer, este niño ya no solo espera a que el Otro le aporte el objeto de la necesidad, sino que también en ese momento aparece un impulso que

catectiza¹ la huella que dejó la primera experiencia de satisfacción provocando su reaparición pero bajo forma alucinatoria. La aparición o evocación de la huella mnémica y la percepción enlazada con aquella primera satisfacción, es lo que Freud definía como deseo y la reaparición de la percepción bajo forma alucinatoria es la realización del deseo.

Desde la teoría de Lacan, se articula la presencia del padre como La Ley y la de la madre como lugar del Otro, es decir, la madre ocupa el lugar del Otro primordial, el Otro real de la demanda, hacia a donde se dirigirá la demanda a partir de las necesidades. Si la ley del padre interviene, se instala la dialéctica de la demanda y del deseo en el lugar del Otro.

La referencia al Otro, como hablante, es fundamental, ya que justamente por esto, el sujeto quedará marcado en relación con el Otro. Este Otro primordial, será tan fundamental ya que será el medio por el cual el niño aprenderá a reconocerse y podrá obtener la primera percepción de la realidad por el sujeto.

Lacan, en el Discurso de Roma, introduce al deseo del otro hacia el niño como este deseo de reconocimiento. El objeto buscado es el reconocimiento del Otro. Es una idea diferente de objeto; ya no se desea la posesión de un objeto sino que el reconocimiento de la propia subjetividad puede ser un objeto para el deseo, el primer objeto es el reconocimiento por el Otro.

“...Este deseo mismo, para ser satisfecho en el hombre, exige ser reconocido, por la concordancia de la palabra o por la lucha de prestigio, en el símbolo o en lo imaginario... Toda palabra llama a una respuesta,...

¹ catexia: cantidad de energía vinculada al objeto

no hay palabra sin respuesta, aunque esa respuesta sea el silencio, con tal de que tenga un oyente” (Lacan Jaques, 1962)

Esta cita trata de anudar el deseo de reconocimiento en lo imaginario con el reconocimiento del deseo en lo simbólico, es decir, que será en la palabra en donde ese deseo se hace reconocer verdaderamente.

La historia del deseo del niño comienza entonces con el grito, en donde aparece la necesidad; con el grito el niño intenta nombrar el objeto que necesita en referencia al Otro, es decir, demanda lo que necesita; instaurándose en una demanda dirigida al Otro, una demanda de reconocimiento. Esta demanda inicia una comunicación simbólica con el Otro, da prueba del ingreso del niño al universo del deseo, este mismo deseo que está modelado por las condiciones de la demanda porque su grito al convertirse en llamado que lo recibe un Otro da lugar a una respuesta.

De esta manera, el niño queda pegado al deseo del Otro materno, y es justamente con la articulación del deseo con la ley, definiéndose la castración materna a través de la metáfora paterna, que el niño queda liberado del goce del Otro. Esta doble operación lógica lleva el nombre de alienación -separación, y Lacan sostiene que el niño se constituye, justamente a partir de esta última.

1.1.1 Alienación y separación.

“Puse el acento en la repartición que constituyo al oponer [...] los dos campos del sujeto y del Otro. El Otro es el lugar donde se sitúa la cadena del significante que rige todo lo que, del sujeto, podrá hacerse presente, es el campo de ese ser viviente [el parlêtre en tanto ser vivo vinculado

con un cuerpo biológico no determinante] donde el sujeto tiene que aparecer.” (Lacan Jaques, 1964)

Entonces, la alienación tiene como finalidad la inscripción del sujeto en el registro de lo simbólico. Este sólo puede surgir en el campo del Otro, quien lo nombra, lo significa, lo funda como tal y ocupa un lugar que intenta velar una falta que es inseparable a la estructura del Otro. Esta operación remitiría a aquel momento en el cual no hay sujeto dividido, momento en el que el infans se ubica en el lugar de lo que supone al Otro materno le falta, obturando dicha falta. Es necesario que en este momento el niño sea lo que el Otro materno desee, que se ubique en el lugar de falo materno.

Sin embargo, para que la operación se complete y así poder hablar de un sujeto, sujeto tachado (\$), es necesario la intervención de un tercer elemento. Este sería el significante del Nombre del Padre, que cumplirá la función de corte, de separación. Justamente de separación entre el infans y la madre, delimitando el goce materno que puede desbordarse.

Sólo cuando la función paterna opera y separa, se puede hablar de sujeto. En consecuencia, para que el sujeto advenga simbólicamente, ese pequeño *a* (otro) debe caer, es decir, separarse, quedar como resto que opera como causa que estructura el deseo. Entonces, es la instancia de la separación la que presenta en sí misma una contradicción: revela la falta del Otro dado que, por estructura, el objeto está perdido, y ofrece un lugar en tanto que hay algo que al Otro le falta.

1.1.2 Fantasías y fantasmas del Otro.

El concepto de fantasma lacaniano se reparte la intersección entre deseo y la construcción de la realidad por parte del sujeto.

Lacan, para referirse sobre el fantasma, toma en consideración el concepto freudiano de ensueño o sueño diurno, metido en el paradigma de la complejidad de su época. Define el fantasma, integrando la noción de perspectiva que incorpora la presencia del sujeto en la escena, pues es desde su mirada que la misma se produce.

Lacan, explica que el fantasma es la requisitoria al interrogante acerca del deseo del Otro (¿Qué quiere de mí?).

El interrogante en el sujeto acerca del deseo del Otro, surge a partir de los significantes que vienen de éste, primordialmente el Otro materno en cuyas palabras siempre hay algo incomprensible, en los intersticios de su discurso siempre surge el enigma de su deseo: “me dice tal cosa...pero... ¿quiere realmente lo que dice?, ¿o me está queriendo decir otra cosa?”

En el seminario 10 de Lacan, este plantea que el “sujeto tachado se constituye en el lugar del Otro como marca significante. Inversamente, toda la existencia del Otro queda suspendida de una garantía que falta, de ahí deviene el Otro tachado, pero de esa operación hay un resto, es el a’.

Entonces, es desde la escena del Otro, donde el niño como sujeto tiene que constituirse, ocupar su lugar como portador de la palabra, pero no puede ser su portador sino en una estructura que, por más evidente que se presente, es una estructura de ficción. Nos encontramos con el fantasma, concepto propuesto por Lacan, que cumple la función de “asegurar un lugar en el Otro”, en el deseo del Otro, que “implica que el sujeto para tener consistencia se hace objeto”. Es decir, esto hace referencia a que es necesario que al Otro algo le falte, que se ponga en juego la demanda impartida por el Otro, demanda que llevará a la pregunta, al ¿Qué quiere de mí? Y ante esta, el niño armará una respuesta “me quiere para..., o porque...” Y se ubicará como ese objeto que supone al Otro le falta, completándolo. Pero es necesario que en algún momento ese niño no colme al Otro, que a pesar que al Otro le falte y en tanto le falta va permitirse a que se despliegue la pregunta en torno a qué es lo que realmente quiere de mí, porque dice que quiere esto pero en realidad no.

Sin embargo el deseo se desliza, se escabulle, es un enigma, no tiene respuesta directa, la respuesta es la que construye el sujeto a través del fantasma, justamente tratando de responderse qué quiere el Otro de él, o de ella. Dicha búsqueda no cesa ya que el objeto de deseo nunca va a coincidir con el objeto causa de deseo, objeto a, objeto perdido para siempre.

2.2 El Autismo.

“El hecho de que los autistas no nos escuchen es lo que hace que no los escuchemos.

Pero finalmente, sin duda, hay algo para decirles”.

Jacques Lacan

¿Quién es el sujeto autista desde el punto de vista médico - psiquiátrico?

Desde la etimología, el término autismo proviene de la palabra griega eafismos, cuyo significado es "encerrado en uno mismo". (<http://www.peques.com.mx>)

El autismo es considerado un trastorno del desarrollo que se mantiene toda la vida. Se presenta en los niños por lo general entre los 18 meses y 3 años de edad y produce alteraciones del lenguaje y la comunicación. (<http://www.peques.com.mx>)

Las estadísticas nos muestran, que el autismo afecta de dos a diez personas por cada 10.000 habitantes, o sea 0,1%, siendo así que por cada cuatro autistas del sexo masculino, hay una del sexo femenino. (<http://www.peques.com.mx>)

En una entrevista realizada por el periódico on-line ecuadorinmediato.com a la Sra. Ligia Noboa presidenta de la fundación Entra en Mi Mundo, nos asegura que en el Ecuador existe 1 niño autista por cada 144 infantes.

Ligia Noboa afirma que este año la ONU está reconociendo mundialmente que hay una persona autista por cada 100 habitantes en la tierra.

El autismo apareció en la clasificación médica a partir de 1943 momento en el que el Dr. Leo Kanner del Hospital John Hopkins estudió a un grupo de 11 niños, dando a conocer las características del “autismo infantil temprano”. Es al mismo tiempo, que el científico Austriaco, el Dr. Hans Asperger, empleó de manera concordante el término “psicopatía autista” en niños que exhibían características similares. A pesar de las similitudes entre ambos estudios, la investigación del Dr. Asperger, no fue reconocida hasta 1981 por medio de Lorna Wing, la falta de reconocimiento se da primordialmente a que su trabajo fue escrito en alemán. (blogspot.com, 2008)

Eugen Bleuler utilizó el término “autismo” en 1911 para referirse a la “perdida de contacto con la realidad” dando, como resultado una incapacidad o una considerable dificultad para comunicarse con los demás. Es desde la descripción de Kanner que se obtiene la noción de un “autismo precóz”, proporcionado de singularidades que le son propias, tales como que en ciertas ocasiones los niños son “despiertos y de gran vitalidad” y en otra ocasiones son “llorones y apáticos”, Bleuler dice que hasta el cuarto o el octavo mes es que se observa en estos niños la ausencia de los movimientos anticipadores habituales que posee un niño de esa edad. (Manzotti, 1996)

La manera de interpretar el comportamiento de los grupos de niños observados por Kanner y Asperger fueron diferentes. Kanner informó que 3 de los 11 niños no hablaban y los demás no utilizaban las “capacidades lingüísticas” que tenían. También observó el hábito “auto-estimulador” y los “extraños” movimientos de

aquellos niños. Asperger a diferencia de Kanner advirtió, sus “intereses intensos e inusuales”, así como sus “rutinas”, y su “apego a ciertos objetos”. Señaló que algunos de estos niños hablaban como "pequeños profesores" al referirse a su área de interés, y planteó que “para tener éxito en las ciencias y el arte, un poco de autismo puede ser útil”. (blogspot.com, 2008)

Por varios años el termino Esquizofrenia Infantil fue utilizado, hasta que Kanner en 1943 empleó el termino Autismo. Aunque habría que señalar que Kanner incluye el autismo en el capítulo sobre esquizofrenia de su trabajo “Child Psychiatry” de 1972, a pesar de que en 1971 Kanner señaló que consideraba desde hacía mucho tiempo que el autismo precóz se podía diferenciar de la esquizofrenia. (Manzotti, 1996).

El psiquiatra y psicoanalista Bruno Bettelheim cerca de los años cincuenta inicia sus investigaciones, las cuales cerca de veinte años después lo llevan a desarrollar un principio parecido al de Kanner a cerca de las causas del autismo. (Amarillo, 2004).

Desde el punto de vista psiquiátrico al autismo está ubicado entre las psicosis Infantiles, es así como se lo describe en el manual de psiquiatría infantil de Ajuriaguerra, manual en el cual se diferencia al autismo de otros trastornos que también están dentro de las psicosis infantiles.

Criterios Diagnósticos DSM-IV Del Trastorno Autista.

Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones del conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).

(1) Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

- Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.
- Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.
- Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, conductas de señalar o mostrar objetos de interés).
- Falta de reciprocidad social o emocional.

(2) Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).
- En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
- Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje individual.

- Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.

(3) Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
- Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).
- Preocupación persistente por partes de objetos.
-

Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico.

- El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

A continuación los criterios diagnósticos especificados en el CIE-10 para el autismo infantil.

Se requiere que al menos en una de las siguientes áreas haya habido retraso o un patrón anormal de funcionamiento con anterioridad a los tres años:

- En el lenguaje receptivo y /o expresivo tal y como se utiliza para la comunicación social.
- En el juego funcional y/o simbólico.
- Alteración cualitativa en la interacción social recíproca.
- Alteraciones cualitativas de la comunicación.

- Patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conducta, intereses y actividades.
- El cuadro clínico no es atribuible a otras variedades de trastornos profundos del desarrollo (síndrome de Asperger, síndrome de Rett, trastorno desintegrativo infantil) o a trastornos específicos del desarrollo del lenguaje receptivo con problemas socioemocionales secundarios, trastorno reactivo de la vinculación, trastorno desinhibitorio de la vinculación, retraso mental con trastorno emocional/conductual asociado o a esquizofrenia de inicio infrecuente precoz.

Podemos observar como desde la medicina psiquiátrica el diagnóstico tiene mucha importancia, para la psiquiatría, es un conjunto de signos y síntomas que les permitirán diferenciar los distintos trastornos que se incluyen en una misma categoría; desde la perspectiva psiquiátrica lo más importante es atacar él o los síntomas obteniendo resultados inmediatos apuntando a curar lo que se puede observar, el psiquiatra cura lo que cree que está ubicado directamente en el cuerpo, lo que para ellos es de origen constitucional y de transmisión genética.

Como nos indica José Fernando Velásquez en su conferencia sobre Autismo y Psicosis en niños, la psiquiatría actualmente ofrece la farmacología como método de cura, de esta manera aborda la problemática eligiendo el fármaco de acuerdo a lo fenomenológico, esta dosis va aumentando a medida que el niño va creciendo o que su sintomatología va desbordando. (Velásquez, Autismo y Psicosis en Niños, 2003)

¿Quién es el sujeto Autista desde el psicoanálisis?

Maleval dice “Los Autistas son sujetos a los que hay que tomarse en serio” (Maleval, 2012) y señala que el psicoanálisis al trabajar lo particular del sujeto, sería la práctica más apropiada para trabajar el autismo, diciendo: “El abordaje psicoanalítico es el único capaz de proponer una comprensión, no solo del funcionamiento afectivo, sino también de las consecuencias que este tiene sobre el cognitivo. Es el único que puede dar cuenta de la función del objeto autístico, la primacía del signo y el carácter extraño de la enunciación. Es el único que extraer, tras la diversidad de los comportamientos, lo que hay de constante en el autismo”.

Es así que el psicoanálisis a diferencia de la Psiquiatría privilegia la causalidad de los síntomas, en especial la posición del sujeto en el discurso de los padres, partiendo más allá de lo notorio de los síntomas que el sujeto pueda traer, busca a partir de la definición de la estructura, el camino a tomar para direccionar la cura en el trabajo con él paciente.

José Fernando Velásquez en su conferencia sobre Autismo y Psicosis en niños explica que “el autista vive en una posición de objeto y lo que hay que posibilitar es precisamente su posición subjetiva, una posición donde él pueda acceder a una apertura subjetiva”, y es con esta apertura subjetiva que el psicólogo encaminará su trabajo. (Velásquez, Autismo y Psicosis en Niños, 2003)

Jean -Claude Maleval en su artículo Autismo, enunciación y alucinaciones, este usa como referencias algunas frases de Lacan tomadas de una discusión que le sigue a la Conferencia de Ginebra sobre el síntoma.

“Lacan parece buscar la especificidad en un disfuncionamiento de la pulsión invocante. Considera que el término mismo de autismo, en su connotación de repliegue sobre sí, implica que ellos se oyen a sí mismos”.
Agrega: “Oyen muchas cosas. Eso desemboca normalmente en la alucinación, y la alucinación tiene siempre un carácter más o menos vocal. Todos los autistas no oyen voces, pero articulan muchas cosas”. (maleval, 2009)

Maleval va a decir que no se trata de una alucinación, es más bien un “trastorno de la percepción el cual es ubicado desde Esquirol, en el registro de las alucinaciones, es decir de un error de los sentidos que no pone en cuestionamiento la presencia real del soporte de la percepción”. (maleval, 2009)

En su artículo va traer como referencia a Frances Tustin diciendo “La larga experiencia de terapias de niños autistas acumulada por Frances Tustin no la llevó para nada a subrayar la presencia de alucinaciones en esos sujetos. Cuando evoca la manifestación, muy raramente, y sin precisión, parece confirmar la eventual presencia de alucinaciones visuales.

Maleval comenta en su artículo que Tustin en 1981 dice que los “niños confusionales” pueden manifestar alucinaciones, pero explica que no es lo mismo que sucede con los “niños con caparazón” aunque en las terapias estos niños pueden llegar a tener alucinaciones, alucinaciones que dejan notar su capacidad para “retener imágenes”. (maleval, 2009)

Podemos entender entonces que en el autismo la presencia de alucinaciones no es común, esta sería una de las diferencias que existe entre el autismo y la psicosis. En el autismo sería más bien como dice Maleval en su texto “Se trata de un sueño diurno persistente, salido de la imaginación del sujeto, que no presentan características ²xenopáticas propias de los fenómenos de automatismo mental”.

Dirá Maleval “El síndrome autista aparece entonces compatible con raras alucinaciones visuales, quizás aún con algunas alucinaciones sonoras, pero no auténticas alucinaciones verbales” toma en cuenta lo señalado por Lacan sobre la “naturaleza verbal” que tienen las alucinaciones diciendo “Lacan considera que la alucinación es de naturaleza verbal, es decir atestiguando la emergencia de un significante en lo real, su fenomenología no se restringe al fenómeno de las voces” (maleval, 2009)

El poder distinguir estas situaciones que diferencian al autismo de la psicosis nos permitirá emplear correctamente el modo de trabajo a utilizar en el tratamiento del autismo.

José Fernando Velásquez en su conferencia sobre Autismo y Psicosis en niños interpreta lo dicho por Lacan en la Conferencia de Ginebra diciendo “Todos los autistas escuchan lo que escuchan de una manera selectiva, porque no son sordos, ni son insensibles para todo. Lo que caracteriza al autismo, desde la clínica psicoanalítica, es que son seres decididos a dejar plantado al Otro”, “No quieren vérsela con este Otro. Mientras que con otro

² Expresión mórbida de las diferentes actividades psíquicas experimentadas como extrañas a nuestra propia personalidad y que forma una intrusión misteriosa y hostil en el campo de la conciencia.

diferente, alternativo, a ese otro si responden, sí se vinculan”. (Velásquez, Autismo y Psicosis en Niños, 2003)

Es por esta última frase “No quieren vérsela con este Otro. Mientras que con otro diferente, alternativo, a ese otro si responden, sí se vinculan” que me parece oportuno situar lo escrito por Colette Soler en su artículo Fuera del discurso: Autismo y paranoia cuando ella dice que los autistas “viven como perseguidos por los signos de la presencia del Otro” siendo el objeto mirada y el objeto voz en particular los más destacados. A partir de esto ella dirá “es mejor abordar al niño de espaldas, esconderse un poco, hablar cantando para hacer como si fuera un ruido más bien que una voz”. (Soler)

Soler cita en su texto a Margaret Mahler quien explica que de lo que se trata es de “mezclarse con los objetos”, la labor del psicólogo será la de “hacerle de objeto, Se trata ahí de intentar confundirse con el mundo de los objetos, de hacer como si el analista fuera un objeto en la pieza”. “Es necesario que nada se mueva, la presencia es intrusiva”. (Soler)

Soler nos intenta decir entonces que cualquier señal que dé cuenta de la presencia del otro, el niño autista lo vivirá como intrusivo, y es a causa de esto que podríamos decir que son más sensibles a la mirada y la voz, ya que para el autista estas son señales o demandas de atención más directas por parte del otro .

Soler nos dirá que es evidente que nos encontramos en el “como si”, y es por esto que estamos exigidos a interpretar sus conductas, “como si” ellos apartaran todo lo proveniente de la voz. Asimismo ellos presentan a

menudo dificultades con la mirada “Ellos no miran o tienen estrabismos fantásticos”, “El momento en que en un tratamiento el niño mira por primera vez, es un momento que cuenta” (Soler).

2.3 PSICOSIS EN LA INFANCIA

“Lejos de que la psicosis sea un insulto para la libertad del hombre, es su más fiel compañera. Y el ser del hombre, no puede ser comprendido sin la psicosis, y no sería el ser del hombre si no llevara en sí la psicosis como el límite de su libertad”

Jacques Lacan

La psicosis en la infancia desde la perspectiva psiquiátrica.

Para la Psiquiatría una psicosis empieza en el momento en que se presentan los primeros síntomas, es Bleuler quien en 1906, sugirió, que en algunos casos los enfermos psicóticos adultos, lo eran ya desde niños; siendo Lutz, quien en 1937, elaboró las que serían las primeras especificaciones de un cuadro que denominó “Esquizofrenia infantil”, señalando que los niños que presentaban este cuadro tenían problemas en las relaciones. (Muiña, 2012)

Kraepelin en 1899 puntualiza diciendo que la “demencia precoz de inicio en infancia y adolescencia, es una serie de estados, cuya característica común es una destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica, cuyos efectos predominan en las esferas emocional y volitiva de la vida mental”. (Lombrino)

El concepto de psicosis simbiótica fue elaborado por Margaret Mahler, para dar cuenta de un momento importante en la evolución de las relaciones entre madre e hijo, y para dar cuenta también del funcionamiento psíquico del niño psicótico, para Mahler, la posición autística y la posición simbiótica o sea posición de dependencia se encuentran en muchos niños psicóticos. (S.Lebovici, R.Diatkine, & M.Soule, 1990).

En sus formas más puras, estas psicosis se caracterizan por:

- Un primer desarrollo relativamente normal o por lo menos satisfactorio para la madre.
- Una regresión o una desorganización ocurrida durante el segundo o tercer año de vida, por lo general a consecuencia de un acontecimiento a veces mínimo, pero traumatizante.

Puede tratarse de una separación, incluso breve, que suceda durante el primer año de vida, de una enfermedad con dolores o sensaciones corporales inesperadas, usualmente es la combinación de ambas, es decir una enfermedad somática que exigió una hospitalización. (S.Lebovici, R.Diatkine, & M.Soule, 1990).

Celso Arango López, jefe de la sección de psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid dice que lo habitual es pensar que la esquizofrenia y el trastorno bipolar son enfermedades de adultos. Pero hoy sabemos que se presenta un alto porcentaje en Niños y adolescentes un 25% en esquizofrenia y 40% en trastorno bipolar. Pero no sólo estas dos patologías presentan síntomas de origen temprano, lo mismo sucede con otros trastornos psiquiátricos. (López, 2010)

Por géneros, hay una pequeña diferencia, siendo los varones mayores de 12 años quienes se ven más afectados de esquizofrenia que las mujeres de las mismas edades. En eso tiene mucho que decir la genética, asegura el especialista, ya que cuanto antes aparece la enfermedad mayor es la carga genética. (López, 2010)

Lo que distingue a los niños psicóticos de los niños autistas, es la angustia del niño, particularmente intensa cuando la madre se separa de él. Mientras que el niño autista resulta, indiferente a la presencia o a la ausencia de adultos, familiares o desconocidos, los niños que presentan una conducta simbiótica o sea psicótica, instauran una persona por lo general la madre como objeto contrafóbico, y todo lo demás, sobre todo la presencia de otros seres humanos les resulta aterradora. (S.Lebovici, R.Diatkine, & M.Soule, 1990)

La psicosis en la infancia desde la perspectiva psicoanalítica

En su texto psicosis en niños y adolescentes José Fernando Velásquez nos explica que el termino psicosis ha causado siempre polémica entre los diferentes profesionales de la medicina y la psicología, pero sobre todo tiene importantes implicaciones segregativas en el discurso social.

De igual manera nos recuerda que debemos comprender las singularidades de cada uno de estos sujetos, es por esto que desde la perspectiva psicoanalítica no es “una psicosis” son más bien “las psicosis” tomando en cuenta las particularidades de cada sujeto ya que es a partir

de éstas que podemos desenmascarar el porqué de sus síntomas y la función que estos cumplen.

Velásquez en su texto expone como el Psicoanálisis a diferencia de otras disciplinas no se centra en los fenómenos sintomáticos, la localización neuro-anatómica o el tipo de neurotransmisor implicado como las principales características que tomaran en cuenta para delimitar una psicosis.

Desde el psicoanálisis el sujeto es pensado como un sujeto del lenguaje que y por el mismo hecho de estar inmerso en el lenguaje es un ser que Goza y que al mismo tiempo está expuesto a la imposibilidad del goce todo y busca la manera de poder hacer con esta imposibilidad de una forma particular y es así que esto se formaliza en un síntoma el cual “ es una invención del uno por uno, que resuelve la tensión y hace de este sujeto alguien particular y diferente del resto del mundo.” (Velásquez, 2010)

Volviendo a lo dicho en el primer párrafo observamos como desde la teoría psicoanalítica igual se considera la particularidad del sujeto, en este caso el sujeto psicótico, el cual en otras disciplinas usualmente es encasillado en un diagnostico basado en generalizaciones y estándares donde no se toma en cuenta la peculiaridad de cada persona, es por esto que Velásquez dice que desde el psicoanálisis serían las psicosis, pues no existe una sola como tal que se repite exacta en todos, cada sujeto va a mostrar algo particular, propio de él a través de su síntoma.

Velásquez en su texto nos invita a pensar en las psicosis en niños y adolescentes como algo con lo que se puede trabajar, a no pensar en estos sujetos como sujetos detenidos en su padecimiento. “Los niños y

adolescentes psicóticos no son sujetos con algo terminal y estancado, o que son sujetos que no pueden hacer nada excepto padecer su drama. Es todo lo contrario: Independientemente de la formulación de una medicación o de un programa de educación, es decir, independiente de la asistencia hay algo que se moviliza en ellos, siempre que se le brinden las condiciones propias de parte del Otro” (Velásquez, 2010)

“El niño y el adolescente psicótico nos enseña a no esperar un funcionamiento “normativizado”, “estandarizado”, pero nos enseñan también a confiar en que ellos saben, sin saberlo aún, como hacerse a un síntoma”. (Velásquez, 2010)

Abordando el tema de las Psicosis no podíamos dejar de mencionar, las psicosis no desencadenadas, a las que Miller llama Psicosis ordinaria. Nos dice Liliana Cazenave que es un término que Miller acuña en la “convención de Antibes”, explicando que la psicosis ordinaria se trata de sujetos que han logrado crear algún tipo de suplencia. Nos dice Cazenave: “son sujetos que han podido armar algún síntoma que les permite atravesar los tiempos lógicos de abrochamiento de la estructura y lograr, por ejemplo, un buen nivel de lenguaje e identificaciones imaginarias que lo sostengan”. (Cazenave, 2011)

Este tipo de casos revelan “desenganches” parciales, como lo dice Miller son psicosis más “modestas”, y nos recuerda al tratar con estas, la finalidad no es tanto el situar el desencadenamiento, más bien la intención es buscar es lo que encadena o que es lo que evita que haya desencadenamiento (Miller, 2003)

2.4 EL SINDROME DE DOWN.

“Cuando los padres son sensibles a las formas de respuesta del niño, y comprenden e interpretan las acción del niño, seguramente tenderán a dirigir la atención del hijo hacia nuevas acciones y objetos sin dominar ni controlar” (Cunningham, 1990)

El síndrome de Down, enfoque médico.

El síndrome de Down, o también conocido como “Trisomía 21”, es el resultado de un material genético adicional que origina retraso en el desarrollo motriz y mental del sujeto. En 1886, el Dr. John Landon Down descubrió dicha alteración genética sin dar en cuenta de dónde provenía pero más tarde, el Dr. Jerome Lejeune especifica el par de cromosomas que alteran el material genético con sus respectivas causas. En el momento de la concepción, existe una igualdad de distribución genética por parte de los padres al bebé, 23 cromosomas provenientes por la madre, y otros 23 cromosomas por el padre, dando un total de 46 cromosomas. En el caso de niños con síndrome de Down, hay un adicional en el par 21 sumando así, un total de 47 cromosomas. Dicha alteración genética se refleja en el retraso físico y mental del niño. Aunque aún no encuentran como prevenir esta alteración genética y ni aún se sabe con exactitud la causa precisa, los científicos advierten que, en mujeres mayores de 35 años aumentan la probabilidad de concebir un niño con síndrome de Down.

Los niños con síndrome de Down, conllevan particularmente una serie de desórdenes en sus características físicas y mentales, sin embargo, muchos a

través de terapias físicas, convencionales y de lenguaje, obtienen un óptimo resultado desde temprana edad.

Formas Genéticas.-

- ***Trisomía Regular***

El trisomía 21, es el más común dentro del Síndrome de Down; este es el resultado de un error durante la división meiótica (fase en donde los gametos, óvulos o espermatozoides pierden la mitad de sus cromosomas). Dicho error se produce cuando la disyunción del material genético es incompleta en uno de los padres. Es decir, normalmente es necesario que de los gametos el par de cromosomas se separe y de esta manera, cada progenitor trasmite cierta cantidad de información de uno de los cromosomas de cada par pero cuando no se produce la disyunción se transmite ambos cromosomas. El cromosoma en exceso que produce el síndrome es un cromosoma 21 que únicamente es procedente de la madre o el padre, lo que hace que el niño con síndrome de Down tengas rasgos físicos familiares.

Aún no se ha justificado con exactitud las causas que originan la disyunción errónea, sin embargo, se ha considerado varias hipótesis multifactoriales como la exposición ambiental y envejecimiento celular. Pero la hipótesis más cercana que produzca el trisomía regular, es la edad de la madre, puesto que apuntan a envejecimiento celular o deterioro del material genético.

- ***Mosaicismo o trisomía en mosaico.-***

El mosaicismo o trisomía en mosaico, la menos común en el Síndrome de Down, se produce cuando una persona tiene la mezcla de células normales y células trisómicas. Estas células se desarrollan cuando el par de cromosomas

21 no se separan durante la segunda división o cuando el cromosoma extra en un huevo trisómico se pierde en una división celular posterior. Las células trisómicas pueden encontrarse en los tejidos de otras personas pero sin embargo no tienen el síndrome, es decir, solo tiene ciertos rasgos físicos pero ni un retraso mental ni psicomotriz, por esta razón, es difícil poder distinguirse el mosaicismo dentro de los casos con síndrome de Down. No obstante, el niño con trisomía 21 mosaica tiene características físicas menos pronunciadas y tiene menos capacidad mental que la de un niño con trisomía 21 libre.

- ***Translocación cromosómica***

Se llama translocación porque el cromosoma 21 se ha trasladado de sitio, a otro cromosoma. El cromosoma en exceso se une con más frecuencia al cromosoma 14. Una traslocación 14/21 ocurre cuando tanto el cromosoma número 21 como el número 14 se rompen en el punto donde se unen los cromosomas. Entonces se funden los dos brazos este proceso produce un cromosoma que no encaja en la escala de tamaños, siendo éste más grande que el resto del grupo. Aun no se puede definir las características diferenciales entre la trisomía 21 traslocación y la 21 libre o 21 mosaico.

Problemas físicos que acompañan al síndrome:

A medida que ha transcurrido el tiempo, se ha ido sumando más características al Síndrome de Down, sin embargo, algunas de estas características no se presentan constantemente, ya que no influyen en el desarrollo psicomotriz del niño. Por este motivo se explayará las que son más conocidas y comunes.

El alumbramiento del niño con síndrome de Down, se lo espera dos o una semana antes de lo normal, y con poco peso. El occipucio, la parte posterior de

la cabeza tiende a ser aplanado dándole una particularidad desde ya a estos niños. La fontanela, debido a su lento proceso de desarrollo suele ser más grande en comparación a los demás niños, ya que siempre los huesos del cráneo demorarán en cerrar.

La musculatura suele ser muy débil, lo que provoca que siempre tengan la mandíbula abierta, su boca internamente es estrecha reduciendo espacio para la lengua y así provocando que la tenga hacia afuera casi siempre. A menudo hay tendencia al estrabismo por la falta de desarrollo de la coordinación ocular. Los problemas oculares más comunes son los de refracción, como la miopía y cataratas, sin embargo éstas rara vez se encuentran desde el nacimiento sino que más bien se irán desarrollando a medida que el niño vaya creciendo. Sus orejas suelen ser pequeñas y achatadas. En ocasiones también presentan problemas del oído interno, los que le origina la mala audición. Los pómulos suelen ser más visibles y su puente nasal más bajo. Sus extremidades suelen ser más cortas que su tronco. Sus manos y pies suelen ser planos y de dedos muy cortos. Una de las características principales es el “llanto débil” que se presenta con menos duración, al punto de llorar muy bajo o simplemente no llorar cuando están con hambre o se sienten incómodos. (Cliff Cunningham, 1990).

En los niños con el síndrome mencionado, en su mayoría, el desarrollo del corazón es incompleto. Sin embargo, no se descarta que al transcurrir el tiempo, pueden desaparecer estos problemas de manera espontánea y que en algunos casos, si sea necesario la intervención quirúrgica. Comúnmente, hay niños que se ponen cianóticos, con dedos y boca azulada y con falta de respiración; esto puede ser causa del septum ventricular, que es un agujero en la pared de los ventrículos y estrechamiento de la válvula pulmonar, esto puede corregirse con mayores posibilidades de mejoría cuando el niño crece.

La mayoría de estos niños presentan un desarrollo anormal del intestino, que se puede presentar en diferentes regiones, así por ejemplo: bloqueo del esófago al estómago, interrupción al duodeno y ausencia de orificio anal.

No se puede determinar el grado de debilidad muscular durante los primeros meses sino hasta un desarrollo posterior. Empero, su tonalidad muscular tiende a hacer muy débil en el momento que nace y esto entorpece el desarrollo motriz del niño. Es importante resaltar que esto también depende de las enfermedades con el que nazcan o que vayan apareciendo durante el desarrollo. Por ejemplo, los niños que presentan problemas coronarios graves tienen generalmente su musculatura mucho más débil. Sin embargo, no hay que dejar a un lado la intervención de terapias físicas, convencionales y hasta de lenguaje para que el niño pueda evolucionar de mejor manera. Estudios han comprobado que, la constancia de los padres por mantener al niño con actividades deportivas y terapias simplifica el lento proceso de desarrollo.

La hipotonía ocurre en casi todos los niños en mayor o menor grado y hará más difícil aprender ciertas habilidades de la motricidad gruesa. Esta va cediendo con el transcurso del tiempo con las constantes y permanentes terapias. La laxitud de ligamentos produce aumento de flexibilidad en las articulaciones. En los bebés es notable en las caderas. En los niños mayores es muy notable en los pies, brazos y manos.

Cunningham(1990) menciona que, hay estudios que demuestran la lenta recepción de mensajes externos al sistema nervioso. Se habla de que la recepción y respuesta del cerebro será mucho más lento ante un estímulo. Existe retraso en la maduración del cerebro, sin embargo lentamente el niño con síndrome de down será manejado por los reflejos. Como por ejemplo: El

reflejo del Moro, que puede tardar varios meses en desaparecer y esto implica el retraso en el desarrollo postural. Sin embargo, como se lo ha venido mencionado desde el inicio de este capítulo, la constancia, paciencia y atención respectiva por lado de los padres, pueden llegar a ayudar de manera eficiente el desarrollo cognitivo del niño, ya que aunque ellos no puedan hablar como los otros niños entre los 24 y 36 meses de edad no los excluyen de que entiendan lo que les hablan.

El síndrome de Down desde el psicoanálisis

El sujeto del inconsciente no es considerado dentro del discurso de las ciencias de la salud para un sujeto con síndrome de Down. Estas ciencias, únicamente hacen hincapié desde sus funciones instrumentales como son la cognición, la motricidad, el lenguaje, etc. Sin embargo, González Castañón, señala que en el discapacitado mental hay una “discapacidad de deseo”, la misma que se traduce como la limitación del sujeto en cuanto a su actividad creadora, a sus avances y transformaciones. Para que se produzca una inclusión social genuina debe haber logros obtenidos subjetivamente, es decir, que una vez que el individuo con discapacidad haya alcanzado un nivel educativo, es su propio deseo el que lo moverá a buscar más opciones en su vida. Además, manifiesta que el nivel de discapacidad está mayormente determinada por estos impedimentos deseantes que por las limitaciones intelectuales que el individuo puede optar.

“Lo que se desarrolla es la capacidad del niño de apropiarse de estas instancias y, consecuentemente, del uso de los sistemas simbólicos que organizan sus relaciones de objeto en el campo fantasmático y, por efecto de este, en el campo de la realidad” (Jerusanlinsk, 1995).

Para el psicoanálisis la presencia de un niño en el mundo no responde solamente a la presencia de un cuerpo sino que sobre todo para constituirse como sujeto, debe ser sujeto deseante y al referirnos de sujeto deseante nos referimos del deseo materno. Es así como toda actividad que se realice con el bebé serán anticipados por el discurso y el deseo del Otro.

En el niño con Síndrome de Down, hay un daño en el cuerpo que le hace un límite en la inscripción del lenguaje. (Jerusanlinsky, 1995,). Esto hace que el niño tenga problemas con la inscripción de significantes otorgados por la función materna. Por otro lado, la madre también tendrá dificultades ya que se le resultará difícil poner en acción su deseo en un niño atípico; que manifiesta una serie de enfermedades que ella no esperaba. Sin embargo, desde la primera instancia, el niño debió haber recibido palabras que lo signifiquen y así permitir desarrollar su constitución subjetiva. Esto, anuncia a un sujeto deseante, ya hayan sido dichas por la madre o el padre pero que hayan aceptado o estén en proceso de aceptación o en su defecto, de duelo.

En la constitución de un ser con alguna discapacidad como en el caso del síndrome de Down, Alfredo Jerusanlinsky, utiliza el término de “permeabilidad biológica del significante” para referirse a los límites en la inscripción al mundo simbólico con que se encuentra el niño con discapacidad. Es por esta razón que es importante ver los contratiempos en lo que tiene que abatir el niño en su constitución subjetiva debido a las dificultades en la inscripción de los significantes que le ofrece la función materna frente a un cuerpo con un daño genético. También existe una ruptura narcisista la madre y el niño, y en consecuencia los significantes que operan en la inscripción de este niño tal vez no van a ser los mismos que si estuviera sin el síndrome.

Esperanza Pérez, explica que a la madre se le hace difícil situar su deseo en su hijo con síndrome de Down, por cuanto hay una dificultad en el vínculo “madre-hijo”, producto de la herida narcisista traumática, que le obstaculiza poner su mirada en el niño, complicando así la base especular, que es necesaria en esa matriz simbólica primaria. En los niños con síndrome de Down, es ineludible tomar en consideración que hay un real del cuerpo presente. Sin embargo esta deficiencia orgánica puede o no determinar que se produzcan fallas graves en su constitución subjetiva porque no es del cuerpo que depende la constitución subjetiva sino más bien, de la simbolización que en él se opere.

Muchos de los padres sufren de un duelo por la pérdida del niño imaginado, y en ciertos casos dificultosamente salen de este duelo, ya que llegan a eternizarlos mediante el abandono, el rechazo del niño, el mismo que también se encubre bajo la sobreprotección. Esta cadena de dolor por la que pasan los padres ante este niño, es tan intenso y tan real, es causa de muchos conflictos emocionales; existen dos tipos de sentimientos que los padres pueden llegar a manifestar según Cliff Cunningham (1990), la primera es que tratan de proteger a este niño indefenso; y la segunda, es que a la vez sienten rechazo al ver la discapacidad del niño. Estas dos reacciones son típicas en los padres quienes inclusive pueden ser muy sensibles a las palabras que se digan sobre el niño sintiéndolas como una crítica o interpretándolas con exageración.

La situación emocional que sufren los padres frente al nacimiento de un niño con síndrome de Down, diferente a la de un niño imaginado está representado con distintas manifestaciones sintomáticas, como lo es la negación de lo que les está pasando, ira, autorecriminaciones, angustia, autocompasión, culpa, vergüenza, etc. La angustia principal de los padres es el no saber cómo actuar frente a este hijo discapacitado, lo cual, puede disiparse informándose más acerca de dicha discapacidad. A esto también pueden añadirse estos

sentimientos de vergüenza que al mantenerse puede llevar a la familia y más aún al niño al aislamiento con las secuelas negativas con la imposibilidad de hacer lazo social.

Sin embargo, el niño dependerá de la estructura familiar y más específicamente de la estructura subjetiva de cada uno de los padres frente a la situación.

Así, en conjunto con los significantes primordiales presentes en la familia, el niño va a poder obtener una identidad y con la misma podrá responder a la socialización. No obstante, ante la falta de la función reguladora del goce pulsional, hace que se dificulte estas relaciones del niño con su familia y hasta en lo social, entonces, encontramos a niños con comportamientos exagerados, ya sean por hiperactividad o testarudez, etc.

CAPITULO II: METODOLOGÍA

2.1. El Método Clínico.

En la realización del trabajo de tesis, utilizamos el método clínico, por que consiste en el estudio individual del sujeto a través de la observación, la entrevista, y la aplicación de test.

En el hospital del niño ROBERTO GILBERT procedimos a observar los niños que llegaban a atenderse, entrevistábamos a sus padres sobre los pormenores para traerlo al hospital, aplicamos test a los niños que presentaban algún trastorno emocional o psicológico a simple vista.

Las técnicas de la observación y la entrevista, fueron las más utilizadas, ya que los padres se mostraron más asequibles a colaborar con las respuestas, porque eran preguntas de respuestas cortas y porque las personas prefieren hablar, antes que responder a un test, que no saben cómo manejarlo y que los asusta. La observación nos permitió detectar a los niños que presentaban alguna conducta o comportamiento particular, que los hacía diferenciarse de los otros. Con todos los niños se trabajó la entrevista, pero con pocos niños se recurrió a la aplicación de test, porque su caso lo ameritaba.

El tiempo de aplicación de este método fue de 7 meses, que duró el trabajo de investigación de la tesis, resaltando que no solo se trabajó con niños sino con adolescentes y con las madres, que eran las que acompañaban a los niños. El enfoque del método clínico, es ideográfico porque aborda al sujeto de manera individual y de este modo se puede realizar un estudio más exhaustivo

de las características del sujeto, con el propósito de conocer sus particularidades y así poder incluirlas en un contexto global .

El método clínico se utiliza a menudo en psicopatología, también en psiquiatría y en psicología clínica, donde se necesita estudiar exhaustivamente cada caso, sus características y reacciones, para luego definir sus generalidades a partir de cada caso estudiado.

2.2 Formas de abordaje terapéutico posibles.

2.2.1 Formas de abordaje terapéutico posible para el Autismo

Marita Manzotti en su libro clínica del autismo infantil nos explica su método “El dispositivo soporte” método que utiliza en la Fundación Hacer Lugar.

Manzotti nos dice que el dispositivo a implementar tendrá la función de soporte, sin interferir en la forma particular que utiliza ese sujeto para mantener su postura de desencuentro con el Otro, el trabajo del terapeuta es de sostener y respetar la posición de ese sujeto buscando una vía distinta que no sea enfrentándolo a la presencia del Otro, dando paso al aumento de los recursos y potenciales que poseen. (Manzotti, Clínica del autismo infantil, 2005).

Nos indica Manzotti que al iniciar el proceso deberemos poder localizar “ el sujeto del goce” a partir de un detalle, un fragmento, una parte, algo en particular que nos permita encontrar ese modo peculiar que este sujeto halló para mantenerse en su decisión de dejar plantado al Otro.

El primer tiempo del dispositivo soporte es el *Instante de ver*, el cual se desarrolla a partir de la observación activa de los terapeutas, de lo que se trata nos dice Manzotti es de “hacer tolerable nuestra presencia” evitando forzar un encuentro directo, para impedir volvernos alguien insoportable, que lo lleve a tener una irrupción de violencia o aislamiento, más bien debemos ir despacio buscando la forma de implicarnos en su juego, así logrando crear en el niño confianza a partir de la posición de semejante en la que se ha posicionado el terapeuta.

El segundo tiempo del dispositivo soporte es el *Tiempo de comprender* que es el momento en que el equipo de trabajo se reúne. Nos explica Manzotti que en este espacio de encuentro es donde se narra la observación de las diversas características que muestra el sujeto, se basan en cinco articuladores: la voz, la mirada, el cuerpo, el tratamiento de los objetos y de los cuerpos. A partir de esto se formulará la “hipótesis anticipada del punto de localización” ya que es el lugar de espera en la que el sujeto no supone el encuentro.

El tercer tiempo del dispositivo es el *Momento de concluir* el cual es el último momento del dispositivo soporte, Manzotti nos aclara que este último momento es el que nos permite planear una estrategia a partir de “la certidumbre anticipada” que nos brinda la hipótesis, aun cuando no estemos del todo seguros sobre la conclusión el niño llegará. Manzotti nos expone un fragmento de una sesión de trabajo que podría ayudarnos a comprender el modo de acción de este último tiempo. “A la sesión siguiente cuando llega a la sala nos encuentra en posición horizontal, anticipando su desparramo en el plano, el efecto de sorpresa se manifiesta en su conmoción, en la afectación que se produce, queda desconcertado, se ríe y se mantiene en pie, mirándonos atentamente. Su sonrisa da un punto de encuentro, su mirada se transforma y

comienza a buscar algún punto de apoyo pero de pie” (Manzotti, Clínica del autismo infantil, 2005).

Manzotti nos explica que el sujeto consiente el trabajo, ante el imprevisto, lo que escapa de sus previsiones, lo que le lleva a darse cuenta que ya no puede esquivarnos como lo hacía antes. Es a partir de este momento que acontecerán otros actos en los que veremos un nuevo modo de regular el goce. Cuando se ha comprobado la hipótesis a partir de este momento que se origina como resultado de la sorpresa de lo imprevisto, se restablece el Instante de ver, para intentar sostener su nueva forma de regulación.

Con este modelo de trabajo Manzotti nos muestra la validez del psicoanálisis en el trabajo con autistas. Pues como ella lo dice “la eficacia del psicoanálisis, a partir de la espera anticipada y que produce en acto el consentimiento del sujeto, pone en juego una orientación del goce, y lo implica en una producción que no es sin su propia decisión.

2.2.2 Formas de Abordajes Terapéutico Posible en la Psicosis.

Pablo Fridman en su artículo Transferencia y Psicosis II ¿QUÉ CURA PARA LA PSICOSIS? toma como referencia a Lacan para indicar que no debemos encaminar el tratamiento para la psicosis de la misma manera que para la neurosis, puesto que se nos dificultará obtener los mismos resultados e incluso dice que podría llevar al sujeto psicótico a desencadenar.

Entonces Fridman nos explica que la posición en la que nos vamos a ubicar en el momento de trabajar va a ser diferente en la psicosis y en la neurosis,

Fridman señala que es importante establecer un tiempo determinado al inicio de la terapia, para poder determinar la estructura del paciente, Lacan llamara a este tiempo “entrevistas preliminares”, para determinar la estructura deberán aparecer en el discurso del paciente ciertas características propias de la psicosis, como son los fenómenos elementales. (Fridman, 2009)

Una vez obtenido el diagnóstico de psicosis Friedman nos dirá que “el campo de la psicosis se divide en dos: paranoia y esquizofrenia” nos explica que es importantes determinar qué tipo de psicosis presenta el paciente pues cada una establece posiciones transferenciales diferentes en relación a la posición del analista. (Fridman, 2009)

Fridman tomando como referencia a Lacan nos explica que en la paranoia la posición que debemos tomar es la de “secretario del alienado”, Fridman dice que el secretario del alienado “es quien toma nota de esa persecución, quien puede ubicarse en el lugar exterior a esa relación de persecución, e intente escribir un testimonio de aquello que se escenifica en tanto relación paranoica”, Fridman nos explica que se trata de lograr que algo de ese delirio, de la persecución quede escrito a través de una tercera persona, para que a partir de esto se logre una reparación en relación al Otro. (Fridman, 2009)

En la esquizofrenia al encontrarnos frente a un “cuerpo fragmentado” debemos ubicarnos en otra posición, nos dice Friedman “se trata de ofertar otro como semejante (en tanto interlocutor en un diálogo), que sea soporte de la relación imaginaria”. (Fridman, 2009)

Fridman nos indica que si bien en el momento de escuchar el delirio no vamos a interpretarlo o refutarlo, tampoco debemos ocupar el lugar de afirmar el delirio, Friedman dirá “No supone asentir, consentir el delirio, no supone decir:

Es verdad, la persecución existe, pero a su vez es un modo de semblantear la creencia en la persecución, sin asentir es decir: Escuchemos dando crédito al delirio como tal". (Fridman, 2009)

Dicho lo anterior me parece importante traer lo dicho por Mannoni en uno de sus textos en el que nos indica que "al contrariar un delirio, se lo fija irremediabilmente o más bien se le corta al sujeto la única vía en la que una no intervención puede dejar libre el camino a un proceso sustitutivo de cura, ya que deja intacta la posibilidad de un reconocimiento del sujeto en su autenticidad simbólica". (Mannoni) Ya que al tratar de desmentir el delirio podrá ocurrir que el paciente no desee hablar más sobre eso, que como lo dice Mannoni es la "autenticidad simbólica" del sujeto psicótico y es en este delirio que se deberá trabajar ya que en él está expuesto el verdadero síntoma del sujeto, si se rechaza al delirio se dificulta la posibilidad de que se dé una mejora en el sujeto.

Explicándonos como es el trabajo con el niño psicótico, Ruth Hernández menciona que podría haber una demanda, pero no una demanda de análisis, ya que no podemos reconocer un sujeto en falta, ya que la psicosis es el resultado de la forclusión de la función paterna, siendo la función paterna la que permite señalar que tanto el sujeto como el Otro se encuentran en falta. Es debido a la forclusión, que el Otro de la Psicosis es un Otro completo "él tiene la certeza de que es el Otro el que sabe, y donde hay certeza no puede haber suposición". (Boscán)

Es por esto que Hernández nos dice que en el trabajo con el niño psicótico el psicólogo presta su "presencia, su escucha" al ubicarse de esta manera lograra crear un "lugar vacío, equivalente en cierto sentido a la significación fálica en la

neurosis, vacío que le permitirá al psicótico cierta separación del Otro” y es en este “vacío, que depositara su testimonio y sus significantes delirantes” y que a partir de esto pueda elaborar algo que haga las veces de una construcción fantasmática, construcción en la que se enlacen de cierto modo “elementos de orden imaginario” y con esto lograr un “intento de simbolización” que le otorgue cierta separación con el Otro, y de esta forma “hacerse cargo de su goce”. (Boscán)

Hernández nos recuerda que el posicionarse como “no experto” involucra mostrarse como Otro que puede ser tachado, Otro diferente al Otro del niño, “Otro que se supone no saber”, también nos recuerda que en ocasiones el psicólogo va a tener que “limitar el goce, con un no, una prohibición, introducir un elemento simbólico que ponga barrera al goce”. (Boscán)

José Fernando Velásquez en su conferencia Autismo y Psicosis en Niños nos recuerda que para Lacan “la psicosis está caracterizada, precisamente, por situaciones que se le imponen al sujeto” a partir de esto nos explica la importancia de trabajar con los padres y ayudarlos a comprender que los fenómenos “son algo impuesto desde afuera y que no depende de ellos mismos”. (Velásquez, Autismo y Psicosis en Niños , 2003)

Es así que Ruth Hernández en su artículo Particularidades de la clínica con niños psicóticos, nos enseña que el inicio del trabajo psicológico con niños involucrará esencialmente trabajar con los padres, ya que son quienes solicitan una explicación sobre la “falla en el niño” o sea que se les dé un diagnóstico o que se les de pautas “normalizantes” para aquello que no marcha adecuadamente y que hace que su hijo no se parezca a los demás. (Boscán)

El trabajo del psicólogo, no es solamente con el niño sino también con los padres, para ayudarlos a entender lo que sucede con su hijo y cómo manejar esta situación, ya que en ocasiones éstos o los maestros no logran comprender el miedo, la angustia y demás escenarios de la psicosis; piensan que es algo que desaparecerá si el niño “se propone a cambiar u olvidar”, al no suceder de esta manera se suscitan problemas en el hogar o en la escuela, es por esto que me parece apropiado señalar la importancia del trabajo con los padres.

3.3.3 Formas de abordajes terapéuticos posibles con el Síndrome de Down.

El niño, entre más prematuro sea, no dejará de ser un eslabón que hilará una cadena que unirá generaciones pero esta cadena solo será significativa más por la referencia a la materia de lenguaje “significante” con la cual fue constituido.

“El niño es reviviscencia y reestructuración del sistema pulsional (no instintivo) que se institucionaliza en la célula familiar” (M.Mannoni, 1982)

Tomando en cuenta la constitución subjetiva, el sujeto, es secuela del lenguaje otorgado y anticipados por los padres. Por lo tanto, no se puede abordar la terapéutica fuera de su contexto familiar.

Sin embargo las madres tienden a rechazar este proceso con la psicoterapia ya que muy difícilmente permiten que un tercero venga a invadir el espacio de la relación hijo-madre, razón por la cual, siempre va estar en constante búsqueda

de respuestas médicas del lado orgánico. Y por el lado de los padres, los que se encuentran comprometidos en el problema acogen actitudes depresivas o persecutorias.

“Existen niños que desde un principio se dan cuenta de que son por su estado el objeto exclusivo de las atenciones maternas sin la intervención de la ley encarnada por una imagen paterna, reproducen en su escolaridad un mismo tipo de relación dual con una mujer que de nuevo se les dedique totalmente y que encarne solícitamente en su lugar el deseo de adaptarse y de progresar” (M. Manonni, 1982)

Este estado de objeto exclusivo crea una situación muy particular con el niño puesto que sus pulsiones no llegan a ser canalizadas. El resguardo que le brinda el adulto al niño, lo devora en la totalidad al no tener la posibilidad de afrontar la prueba de la castración, es decir, está por quedar en una relación estrechamente fantasmática con la madre con la ausencia de la función paterna.

“El proceso de la cura psicoanalítica se sitúa entonces en el cauce mismo de ese discurso; reencarnado, rearticulado y redistribuido dentro del trabajo terapéutico del trasnfert.” (Mannoni, 1982).

El trabajo psicológico con el niño con síndrome de Down dependerá de cómo los padres ubican al niño frente al psicólogo. La clave de un buen tratamiento dependerá de la relación del grupo donde cada sujeto individualmente manifestará y explicará sus problemas.

En el trabajo psicológico con el niño con síndrome de Down, requiere necesariamente invitar a los padres a elaborar el duelo por la presencia de ese

niño no esperado; aceptarlo tal cual es y es entonces donde ese niño podrá ubicarse como sujeto deseante más allá de la discapacidad.

Cunningham, se refiere a ciertos factores que se asociaban a las dificultades en el comportamiento del niño, tales como: el desempleo, dificultades económicas, enfermedades, peleas entre hermanos, etc. Es decir, que el comportamiento del niño con Síndrome de Down, no era el problema, sino el contexto familiar en el que este está ubicado.

Los niños con síndrome de Down, pueden llegar a desarrollarse, comunicarse e interactuar socialmente como cualquier otro niño, pero esto únicamente se logra dependiendo de su contexto, es decir, de su familia. La familia juega un papel muy importante para el niño ya que en conjunto serán los tramitadores de normas y límites, pero sobretodo inscriben al sujeto y en su deseo.

La primera necesidad de cualquier niño e incluso del niño discapacitado es sentirse seguro y confiado. Precisamente esto empieza en la primera etapa de la infancia en donde el adulto atiende el llamado del niño, es decir el llanto, y los padres demostrarán al niño su deseo por medio de la respuesta que dirija ante el llamado. A medida que el niño vaya creciendo e incursionando su entorno, recurrirá a la mirada de la madre para obtener reiteradas pruebas de seguridad y de esta manera, aprenderá a confiar en su madre, en la familia y en él mismo.

El modelo que acoja la madre ante la aceptación de este niño con síndrome de Down, servirá de modelo al resto de la familia, especialmente a los otros niños, los cuales serán un reflejo de ella.

Sin embargo, muchos de los niños con síndrome de Down y sus hermanos, comparan y caen en cuenta del trato que suele darse entre ellos. Dependiendo de este trato, piensan que por ser un niño con discapacidad, pasa a ser el consentido o que le tiene pena. Ninguna de las dos conclusiones es saludable para la familia, y por dicha razón siempre se debe recalcar ante ellos que, aunque las necesidades de cada uno sean diferentes, los padres no deben tener ninguna preferencia por un hijo o por el otro. Con esto, van a transmitir a sus hijos sin necesidad de crear rivalidad; la seguridad y unión familiar para el niño con síndrome de Down, y este a su vez podrá acoger los límites y mayor facilidad ante la sociedad.

La mayoría de los niños con síndrome de Down, durante la primera etapa del aprendizaje social se sienten más cómodos de interactuar con niños de su misma discapacidad, ya que ahí sienten que sus dificultades son comprendidas. Una vez que hayan adquirido confianza, les resultará mucho más fácil interactuar en otras actividades sociales con niños sin discapacidad. La necesidad del juego y recreación es otro factor importante y primordial para el desarrollo social del niño con síndrome de Down.

Una relación cordial e íntima entre los padres y el niño se basa en la facilidad de comunicación y libertad de compartir sus sentimientos. Esta cercanía es difícil de lograr cuando hay algo que no se menciona. Si los padres hablan con su hijo acerca de su defecto con la misma naturalidad con que se refiere a cualquier otro tema, eso demuestra ante su hijo, que los padres aceptan a este tal y como es. Caso contrario, si el padre permanece en silencio, el niño no se sentirá libre de manifestar abiertamente sus ansiedades, produciéndole miedos y depresiones, ya que el silencio de los padres pueden hacer pensar al niño que su estado es más grave de lo que en realidad es y el niño con síndrome de

Down, cuya experiencia es limitada y que tiene un gran deseo de ser normal, puede encontrar muy difícil valorar sus propias discapacidades.

CAPÍTULO V

CASUÍSTICA

En este capítulo se presentarán tres casos que se han recolectado producto de una investigación bibliográfica de diversos autores, y casos que pudimos encontrar durante las prácticas pre-profesionales de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el Hospital de niños Roberto Gilbert Elizalde durante ocho meses.

En estos tres casos, se pretende ejemplificar y dar cuenta de las formas de presentarse y la modalidad de trabajo terapéutico con la discapacidad infantil mental, que se ha venido desarrollando durante este trabajo, como es: Psicosis Infantil, Autismo Y Síndrome De Down.

Caso C.

(Autismo)

A continuación relataremos un caso tomado del libro Clínica del Autismo Infantil de Marita Manzotti, relatado por Lujan Iuale.

C tiene tres años y medio y viene derivado desde el Jardín de Infantes porque su maestra advierte dificultades en la integración.

Refiere que C no respeta las consignas, permanece todo el tiempo de pie, y se aferra con firmeza a su mochila y a su campera. Además no participa en ninguna actividad y sólo se dedica a repetir con insistencia una serie de frases, molestando a los demás chicos mientras trabajan, al deambular entre ellos quitándoles sus materiales.

En la entrevista con los padres, estos refieren que en la casa no puede quedarse quieta y que no se deja peinar. El padre sitúa que para poder vestirla implementó una rutina: Pone una canción y la va vistiéndola con ese ritmo. Como datos biográficos cuentan que la adopción se produjo después de muchos años de matrimonio, sin especificar por qué no podían tener hijos. No quieren hablar demasiado respecto de la adopción en sí, pero dice que le cambiaron el nombre y que saben que la mamá biológica tenía problemas mentales.

Comentan además que la nena se aferra a algunos objetos y que si se los sacan grita y llora sin parar, a tal punto que los vecinos se quejaron porque pensaron que la maltrataban.

La Puesta en marcha del dispositivo soporte:

El instante de ver:

A fines de sistematizar este primer tiempo, tomaremos para la exposición de la visión de conjunto cinco articuladores lógicos que guían esta primera aproximación al niño loco:

- a) La voz: En lo que se refiere al tratamiento que C hace de la voz se puede constatar la repetición de frases que vienen del otro, las cuales dan cuenta del cansancio por repetirlas. Son frases que el otro dice todo el tiempo tales como: “ ¿Qué querés Cami ?”; “No, todo en la boca no”; “Dejá eso Cami”; “ Pero qué cosa sería”. Son el general sanciones del otro cargadas de hastío, y son dichas con una entonación particular. No aparecen frases afirmativas, si quiere algo en particular lo expresa como pregunta: “¿Querés galletita? ¿Qué querés?”. Enuncia anticipadamente la frase contraria a la acción que va a realizar; por ejemplo: “No toques el teléfono” “No puede tocar”. Parte de la prohibición para ejecutar la acción. No pide con palabras, si quiere algo lo arrebató o lo hace a través de la mirada.

- b) El cuerpo: C deambula todo el tiempo por las distintas salas, caminando en puntas de pie, torciéndolos por momentos y rotando las articulaciones. Siempre tiene las manos y los brazos ocupados, sin embargo esto no le impide ni le resta movilidad, pudiendo trepar sin dificultad usando la parte inferior del cuerpo. Rechaza el contacto corporal, y si la tocas produce un movimiento con el cuerpo como si se desmayara: Se arquea y se contorsiona, poniendo luego el cuerpo en tensión.

En otras oportunidades se despoja: se quita los zapatos haciendo un movimiento paradójico, generando la impresión querer sacárselos y ponérselos al mismo tiempo; y en simultaneidad se despeina, arrancándose la hebillas.

- c) La Mirada: la mirada varía según las situaciones. Se pueden ubicar distintas presentaciones ya que por momentos realiza un movimiento de paneo, donde sin rotar la cabeza pareciera mirar todo. Por lo general no mira directamente, sólo fija la mirada cuando se enoja.

En otras ocasiones se queda detenida y realiza una especie de caída de ojos. Y suele utilizar la mirada para anticipar lo que quiere.

- d) La relación con los objetos: Llega siempre portando algún objeto, prevaleciendo el jabón, la talquera o un pañal. Estos objetos no son intercambiables y no los cede. A medida que deambula por la Fundación va recolectando otros objetos (un plumero, un escobillón, objetos que la doblan en tamaño) hasta tener los brazos y las manos totalmente ocupados. Si se le quita alguno de estos objetos grita y llora, pudiendo permanecer cuarenta minutos gritando sin parar, y en esos puntos ya no importa si se le devuelve el objeto. Cuando el grito no le alcanza comienza a devastar y a arrasar, arrojando todo lo que encuentra a su paso: Tirando de algún cable, dando vuelta el cesto de basura, arrojando juguetes; todo a una velocidad sorprendente provocando que el otro corra tras ella, intentando parar tal desorden

- e) La relación al otro: Fundamentalmente C lo que genera es la exacerbación en el otro, convocándolo para que emita esa serie interminable de prohibiciones. No pide nada, y no tolera que se la abrace ni se la consuele cuando llora. Parece convocar con la mirada pero cuando se la mira, retira el cuerpo.

El dispositivo soporte: el armado de una lógica.

El tiempo de comprender.

Se trata en este momento, donde todo el equipo se reúne, de producir un texto, arribando a la formulación de una hipótesis que sostenida en la abducción como modo de inferencia lógica, permita la nominación del detalle. Nominar el detalle tiene como consecuencia localizar al sujeto: cercar de modo singular que este sujeto encontró para eludir el encuentro con el otro.

Con C ,se despliega la pregunta acerca de dónde se encuentra, dónde hace jugar ese par de presencia- ausencia, en qué punto nos deja plantados, qué es lo más propio de ella. Finalmente se nomina el detalle en la formulación de una hipótesis: C produce provocando saturación en el otro en relación a los objetos. Esta hipótesis que no tiene garantía de verdad deberá ser puesta a prueba, y se corroborará a través de un acto que queda del lado del niño.

La entrada del sujeto en el dispositivo:

El momento de concluir.

Una vez nominado el detalle se habilita la posibilidad de una espera anticipada, ya que armada la lógica habrá que implementar las maniobras necesarias para producir el punto de encuentro. La táctica escogida en este caso fue: **hacer caer la sanción sobre los objetos.**

Así cada vez que C iba a agarrar algún objeto, se retaba al objeto y no a ella. C pasó de ser la receptora de la sanción a ser la espectadora de una sanción que

recaía sobre un objeto. Esta maniobra generó un efecto de sorpresa en la niña, quedando confirmada la validez de la hipótesis, concluyendo el sujeto en acto, a partir de ese momento deberá implementar otras modalidades para eludir el encuentro con el otro, abandonara los gritos y el arrasamiento, pudiendo ceder paulatinamente e intercambiar objetos, produciéndose el trabajo psíquico.

Por otro lado se realiza una intervención con la madre quien dice que “No sabe qué quiere C, preguntándole con insistencia ¿Qué querés, Cami? Se le indica que sancione con sentido, ya que no importa de qué objeto se trate, sino que se apunta a detener la infinitización. En lugar de preguntar qué quiere, le solicitamos que afirme “Querés esto”.

Tal intervención permite ciertos movimientos ya que la pregunta que C repetía empieza a desplazarse: pasa del “¿Qué querés?” a “¿Dónde está Cami, donde se escondió?”, frases que además cambian la entonación.

Los logros se advierten en el jardín a través de los informes recibidos, habiéndose pautado estrategias comunes con la maestra, permanece sentada y realiza algunas actividades, aprende canciones del ámbito escolar que luego repite en otros espacios.

La entrada al dispositivo queda confirmada cuando se produce ese punto de implicación subjetiva que soporta el consentimiento al trabajo, eludiendo la vía del forzamiento. Una vez corroborada la hipótesis se relanza el instante de ver.

Como podemos observar al exponer este caso, la autora muestra de manera muy clara cada uno de los momentos que conforman este método, llamado Dispositivo soporte. Donde el grupo de terapeutas de la Institución busca

plantearse una forma de trabajo individual para cada caso que llega a sus manos.

De esta manera podemos entender claramente cómo se emplea cada paso al ser utilizado en el momento de la práctica con pacientes. Esto nos permite entender más allá de la teoría el modo de abordar el autismo.

También la autora nos hace evidente la importancia de la participación de los padres en el proceso del tratamiento de los pacientes, ya que se los puede ayudar a entender mejor lo que sucede con su hijo, explicándoles por ejemplo las situaciones que lo angustian y en este caso en particular la forma en la que ellos deben dirigirse a su hijo.

Para que de esta manera puedan aportar en casa con el proceso del trabajo psicológico que se está realizando en la Institución y se logren mejores resultados al tener una mejor información sobre el proceso y sobre la condición que presenta su hijo, y ellos a su vez puedan informar a las otras personas que están en contacto constante con él y de ser necesario que se haga conocer además en los otros círculos en los que se desenvuelve el niño como por ejemplo la Institución educativa a la que asiste, para que los profesores también tengan conocimiento de la forma de manejar al paciente.

Caso D

(Psicosis)

D tiene 10 años, es de la ciudad de Babahoyo, ingresa al hospital por convulsiones. Se le ofrece el servicio psicológico y K quien es la madre de la paciente ingresada en el hospital es quien acepta la asistencia psicológica. Ella dice que lo que más le preocupa de su hija es que D siente mucho miedo de estar sola y llora de la nada por cualquier cosa.

La Sra. K no es casada, tiene una hija de 2 años 8 meses y D de 10 años. D es hija de su primera pareja, y su segunda hija es de su compromiso actual.

Todo el embarazo la Sra. K estuvo sola, pues se había mudado a Quito con su pareja y al quedar ella embarazada se separaron y ella se quedó en esta ciudad y no regreso donde sus padres sino hasta que tuvo 7 u 8 meses de embarazo, el padre de la niña la vio por primera vez a los 7 meses de nacida. El padre ve a D 2 veces al año, pero no son visitas solo llega a saludarla y nada mas según lo dicho por la Sra. K.

Comenta que D es muy celosa con ellas no le gusta que ella se vea con su novio, no lo acepta, pelea con la hermana. Otro cosa que le preocupa es que ha tratado de hacerla dormir en una cama aparte, sola y ella no quiere dice que le da miedo y se pasa a la cama de ella, desde hace como 2 años ha empeorado el miedo a estar sola.

Hace 2 años la peditra le dijo que ya estaba cerca de tener su primera menstruación y al decirle esto la peditra le explica los cambios corporales que tendrá y el que debe cuidarse de los hombres, a partir de este evento D

empieza a orinarse la cama y le teme a los hombres en general, solo deja que se le acerque el tío, también comenta que a su hija se le dificulta bastante hacer amigos. “ tiene 3 amigas nada más, quizás es porque ella no se separa de mí nunca, solo para ir a la escuela” y cabe recalcar que en la escuela esta su tía quien es su profesora.

D llora no solo cuando la madre se ha ido a otro lugar, llora incluso si esta se mueve una o dos camas de distancia de donde esta ella, grita que le da miedo, que la extraña mucho y que quiere que regrese, y cuando la madre regresa D le pide que la toque, que la sobe y que se acueste cerca de ella y le agarre la mano.

Al hablar con D ella en la primera ocasión esta no habla mucho, no quiere hablar, pero la madre le insiste en que hable y al cabo de un rato sin dejar de llorar ,acepta hablar y dice que hay algo que ve que la asusta y por eso no le gusta estar sola “Hay una cosa”, “ una cosa peluda debajo de mi cama”, “ no, no es un peluche es una cosa que me da miedo y me asusta , está ahí”, también dice que hay una persona que está siempre en su casa pero no es de las personas que viven en la casa y que le ha dicho que no diga nada porque si no le pasara algo malo, entre cada frase grita “¡ Me da Miedo!” “¡Me da Miedo!” y llora desconsoladamente.

Ya en la última sesión que tuve con D está ya habla un poco más y dice acercándose un poco a mi oído me dice :“me da miedo la oscuridad pues en la oscuridad esta”, “es peludo, tiene huevito”, “ en la oscuridad, culear” ,“Me da miedo, Me da Miedo”, “afuera mi mamá culea”, “ en el carro, afuera”

Cuando le pregunto si ella ha visto o a estado en ese carro ella dice que no y cuando le pregunto y ¿cómo te has enterado de esto que hace tu mamá? ella dice “no sé, solo sé que lo hace” y cuando le pregunto si está segura ella dice que lo está que no sabe cómo lo sabe pero lo sabe, dice “no sé cómo lo sé, pero lo sé”.

A la Sra. K también le preocupa es este temor constante que tiene D, la imposibilidad de separarse de ella, el temor al tema de la menstruación y el miedo de acercarse a los hombres es otro tema que la inquieta. Es por esto que decide aceptar la ayuda psicológica para su hija, pues cree que ya no es algo normal lo que sucede con D.

Debido al poco tiempo que estuvo la paciente en la sala no creo poder dar un diagnóstico definitivo de la estructura de la paciente, aunque con lo trabajado en las sesiones con ella puedo decir que el caso de D sería una Psicosis desencadenada.

El trabajo con D consistió en brindarle un espacio de escucha, en el cual se le permitía hablar de lo que le angustiaba, siendo sus alucinaciones la fuente de sus miedos.

En los momentos en que D hablaba de su delirio, la Psicóloga sin desmentir lo dicho por D, a manera de preguntas intenta sugerir sin insistir, otras alternativas que expliquen lo que ha visto D, por ejemplo cuando ve debajo de la cama algo peludo se le pregunta: ¿Eso que está debajo de la cama no podría ser un peluche o un juguete que se te ha caído? A lo que D responde: “no, no es un peluche es una cosa que me da miedo y me asusta, está ahí”.

Del mismo modo, se le pregunta sobre lo que trae, sobre lo que dice, como cuando grita ¡Me da Miedo! Y se le pregunta: ¿A qué le tienes miedo?, y D responde: “me da miedo la oscuridad pues en la oscuridad esta”, se le pregunta más sobre esto: ¿Qué hay en la oscuridad, que te da miedo?, a lo que responde: “es peludo, tiene huevito”.

Al trabajar de esta manera con D se logra que ella hable cada vez más en cada sesión, permitiéndole así apaciguar un poco su angustia, ya que en la última sesión D llora menos, y puede hablar un poco más.

La Sra. debería continuar en entrevistas psicológicas, que la ayuden a manejar esta situación, para poder tratar mejor estas crisis de angustia que presenta su hija. En cuanto a D Se recomienda tener una Consulta con el Psiquiatra para ver qué tipo de medicación puede recibir para estos episodios de angustia, así como atención psicológica a la par del tratamiento psiquiátrico.

Caso G

(Síndrome de Down)

La señora J de 49 años, es derivada por la doctora de la sala a psicología debido a que su hija, G, de 10 años, es ingresada por emergencia bajo diagnóstico médico reservado.

G es una niña con Síndrome de Down como enfermedad de fondo, sin ningún antecedente clínico hasta aproximadamente dos meses atrás, en donde G fue intervenida quirúrgicamente por apendicitis en donde tuvo una excelente recuperación y días más tarde se le dió de alta. Sin embargo, luego de un mes es ingresada nuevamente por dolores intensos en las piernas y en los brazos, en donde se le da como diagnóstico final Leucemia linfocítica aguda.

La señora J tiene tres hijas de las cuales G es la menor. Vive con su esposo que trabaja como chofer profesional en un taxi y ella trabaja como auxiliar administrativo en un hospital público. Menciona que cada una de sus hijas ya tienen su hogar formado y que la relación con su esposo es buena.

Al iniciar la sesión, se le pide a la paciente que hable sobre el porqué se encuentra en el hospital, la paciente empieza a decir, que las únicas veces que ha venido al hospital con G ha sido por sus terapias físicas, convencionales y de lenguaje, ya que de ahí, G nunca presentó ni una anomalía médica como regularmente se presenta en los niños con síndrome de Down. Se le pide a J que hable acerca de su hija, ella menciona que la tuvo a la edad de 39 años y dice: “fue una niña que estuvo re-planificada para mantener nuestro matrimonio, pero aunque no la esperábamos con esta discapacidad ella fue aceptada

rápidamente, primero por mi esposo y él me dio fuerzas a mí para quererla aún más.”. La señora J refiere que no supo que su hija tenía síndrome de Down hasta el momento en que nació, ya que le habían hecho un eco 3D y los doctores nunca le mencionaron nada, solo le decían que todo estaba normal. J comenta, que al nacer G, no tuvo muchas complicaciones, y que eso la alentaba bastante a llevar las terapias sin interrupciones y obtener resultados óptimos para G. Dice también que G es muy amorosa y muy engreída con ellos, ya que por el hecho de que fue una niña “especial” las atenciones fueron más. G, está cursando el cuarto año básico y ha obtenido buenas notas hasta ahora.

La señora J comenta que G siempre ha mantenido gusto hacia la música y pasarela, razón por la cual hace un año está en cursos de modelaje, danza y violín. Dice “mi muñeca es la hija perfecta es un ángel, que fue enviado por Dios para darle sentido a nuestro matrimonio, por ella estamos juntos... Si peleamos, ella nos hace dar la mano y nos obliga a abrazarnos, ella es esa hija que nunca se alejará de nuestro lado”.

Al mencionar esto, se le pregunta acerca de otras dos hijas, comenta que la primera hija no es de su actual compromiso pero que sin embargo, él le dio el apellido. La señora J al quedar embazada de su primera hija, comenta que sus padres la botaron de su casa ya que el papá de la niña nunca quiso hacerse responsable de ellas. Tiempo después, conoció a su compromiso actual, que para ese entonces era militar, y le propuso vivir con él y darle el apellido a su hija antes de que nazca. La señora J comenta que los seis años de compromiso no fueron nada fácil, ya que él vivía en el oriente y solo dos veces al año iba a la casa “*cuando quería, iba..*” y en estado etílico. Incluso comenta que cuando alumbró a su segunda hija él no estuvo presente, razón por la cual ella decidió separarse de él. Ante esto, el esposo renuncia a la vida militar y regresa a recuperar su hogar. Comenta: “G, fue la condición para sostener el hogar, ya

que después de diez años de ver su comportamiento en casa, cedí en tener otra vez un hijo, justo cuando estábamos teniendo problemas y a punto de separarnos, salió mi muñeca.” Se le vuelve a mencionar acerca de sus dos hijas y comenta que ellas son muy diferentes a G, ellas la han hecho llorar, ya que, la primera de 24 años, se hizo de compromiso a los 16 años de edad, ya tiene un hijo y actualmente andan con fuertes peleas con su cónyuge; con la segunda de 22 años, comenta que fue aún más difícil, ya que cuando G nació ella entrando a la adolescencia y era muy rebelde, comenta: “por todo quería llamar la atención, hasta por último hubo un tiempo que se metió a pandillas y consumía drogas... se fue de la casa por dos días pero yo la fui a buscar y ahí la interné en un centro de rehabilitación...” La señora J, menciona que esta segunda hija, al poco tiempo se recuperó pero a los 17 años se hizo de compromiso y hasta ahora la ha visto más estable que antes.

La señora comenta que sus hijas ya tienen sus vidas hechas, ahora, su única y mayor preocupación es G, ya que algo le llega a suceder a su “ángel” su matrimonio no tendría sentido.

Al comentar esto, se le pregunta a la señora J, acerca de su infancia, en donde ella aporta: “Mis padres aún están juntos, mi papá antes le maltrataba a mi madre porque cuatro de sus hijos nos casamos a temprana edad, solo una hija aún no está casada.. ” Comenta que de cinco hermanos, la penúltima, no ha formado un hogar y aún vive con ellos, “ella es la ángel, el sostén de ese hogar, porque como dice mi padre, sin hijos en casa, el matrimonio no tiene razón, se desvanece y no sirve para nada”

Podemos observar ante este relato que G ha sido ubicada como aquella que permite que sus padres se mantengan juntos. La señora J, comenta que ella amó aún más a G ya que por ser una niña con síndrome de Down, su esposo

se relacionaba mejor con ella y la niña fue hasta más desenvuelta. Si la señora J vive en angustia la enfermedad actual de G; es porque ella al pensar que, “*un hijo es igual a un ángel que sostiene un matrimonio*” el hecho de que G pueda morir; podría suceder entonces que, también termine su matrimonio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al concluir nuestro trabajo de tesis podemos aportar con los siguientes puntos, que responden a los objetivos de nuestro trabajo mencionados en la introducción.

- En la actualidad la discapacidad mental infantil, específicamente el Autismo, la Psicosis y el Síndrome de Down, han sido profundizadas desde la rama de la medicina, encontrando respuestas eficientes y eficaces a nivel orgánico; lo que ha provocado que los padres apuesten al saber médico, como una solución a los problemas familiares, sociales y escolares que presentan estos niños; dando menos importancia a la asistencia psicológica y sus diferentes modos de abordajes con la familia, para beneficiar a este niño atípico, que muchas veces no es esperado así, por los padres. Esto da cuenta de la posición subjetiva en que la familia tiene al niño discapacitado.
- En el Ecuador no existen suficientes centros dedicados al tratamiento y mucho menos, a la Inclusión social del niño Autista y Psicótico, por lo tanto recomendamos que se trabaje más, en la concienciación del gobierno, de los profesionales psicólogos, a la empresa privada, para que creen centros especializados en la reinserción de estos niños a la sociedad, de que existieran permitirían que los profesionales se familiaricen con estas estas discapacidades antes mencionadas.
- No todas las teorías sobre tratamientos para abordar las discapacidades estudiadas son aparentes para todos los casos, porque cada niño es un sujeto particular, con conductas propias y únicas en la mayoría de casos. Por este motivo, cada niño debe ser tomado en cuenta por sus particularidades, a pesar de estar trabajando en grupo. De esta manera,

se logra definir el tipo de tratamiento específico para cada una de estas discapacidades.

Con estas tres siguientes recomendaciones, responden a la propuesta que planteamos en nuestro trabajo, que es la de especificar un método de abordaje para cada una de estas discapacidades:

- Sugerimos el método: el Dispositivo Soporte aplicado en la Fundación Hacer Lugar en Argentina, dirigida por la Psicoanalista Marita Manzotti, porque nos muestra un método de trabajo con el niño autista, partiendo desde el respeto a sus particularidades, sin imponerles los tratamientos generalizados que existen para los autistas en general.
- La psicosis ha sido debatida entre la psiquiatría y la psicología, sin dejar de ser una segregación social todavía. El trabajo terapéutico con la psicosis también debe considerar la particularidad de cada sujeto ya que es la única manera de dar razón y función sus síntomas, sin desmentir su delirio, pero tampoco afirmarle.
- En el síndrome de Down, este niño como cualquier otro se va a subjetivar a partir del contacto y deseo materno. Esta primera relación pondrá en contacto al niño con la familia que será sostén para alcanzar una identidad con efectos sociales regulados para él. Por esta razón la familia pasa a jugar un papel primordial como Ley, que inscribe su deseo para la inclusión del niño, tanto en lo escolar como en lo social. Por lo tanto el trabajo psicológico está direccionado al discurso de la familia, al de los padres y específicamente al de la madre que para que logre superar la negación de este niño no imaginado, un niño atípico, lleno de enfermedades, discapacidades físicas y mentales. Estos sentimientos

escondidos pasan a ser un rechazo latente que se pueden manifestar a través de la sobreprotección o al abandono y al rechazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Amarillo, C. P. (2004). *Aprender a mirar el discurso sobre el autismo*. Bogota.
- Boscán, R. H. (n.d.). Particularidades de la Clínica con niños psicóticos. *Las Psicosis*, 16-21.
- Cazenave, L. (2011). Psicosis ordinaria en la infancia. In S. Goldber, & E. S. (compiladoras), *Psicoanálisis con niños y adolescentes 3* (pp. 59-62). Buenos Aires: grama ediciones .
- Fridman, P. (2009). Transferencia y psicosis II ¿ QUÉ CURA PARA LA PSICOSIS? In J. C. Fantin, D. Galante, & P. Fridman, *Escuchar las psicosis. De la locura animística a la psicosis ordinaria* (pp. 197-202). Buenos Aires: grama ediciones.
- Maleval, J. C. (2012). *¡Escuchen a los autistas!* Buenos Aires: grama ediciones.
- maleval, J.-C. (2009). Autismo, enunciación y alucinaciones. In E. Laurent, & otros, *Psicoanálisis con niños y adolescentes2 Políticas, prácticas y saberes sobre el niño* (pp. 67-86). Buenos Aires: grama ediciones.
- Mannoni, M. (n.d.). 1971.
- Manzotti, M. (1996). Fundación hacer lugar, Autismo Infantil Límites y posibilidades: Indicadores de reconocimiento, Estrategias de abordaje. In I. Manzotti, *Fundación hacer lugar, Autismo Infantil Límites y posibilidades: Indicadores de reconocimiento, Estrategias de abordaje* (pp. 5-6). Buenos Aires.
- Manzotti, M. (2005). *Clínica del autismo infantil*. Buenos Aires : grama ediciones.

- MARCELLI, D., & AJUIAGUERRA, J. D. (1996). PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO . In D. MARCELLI, *psicopatología del niño*. Barcelona: MASSON 3° EDICION .
- Miller, J. A. (2003). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Soler, C. (n.d.). EL NIÑO AUTISTA Y LA RELACIÓN AL OTRO. In C. Soler, *Fuera del discurso: Autismo y Paranoia* (p. 167).
- Velásquez, J. F. (2003). Autismo y Psicosis en Niños. *Autismo y Psicosis en Niños* (p. 25). Guayaquil: Publicación de la Nueva Escuela Lacaniana Sede Guayaquil.
- Velásquez, J. F. (2003). Autismo y Psicosis en Niños. *Autismo y Psicosis en Niños* (p. 77). Guayaquil: Publicación de la Nueva Escuela Lacaniana Sede Guayaquil.
- Velásquez, J. F. (2003). Autismo y Psicosis en Niños. *Autismo y Psicosis en Niños* (p. 79). Guayaquil: Publicación de la Nueva Escuela Lacaniana Sede Guayaquil.
- Velásquez, J. F. (2003). Autismo y Psicosis en Niños . (p. 28). Guayaquil: centro de investigación y Docencia de la NEL Sede Guayaquil.
- Velásquez, J. F. (2010). *psicosis en niños y adolescentes una mirada desde la clínica borromea*. Guayaquil: Publicacionesde la Nueva Escuela lacaniana.

Páginas de internet.

- *blogspot.com*. (2008). Retrieved Agosto 25, 2012, from [blogspot.com](http://el-autismo.blogspot.com/2008/11/historia-del-autismo.html): <http://el-autismo.blogspot.com/2008/11/historia-del-autismo.html>
- <http://www.peques.com.mx>. (n.d.). <http://www.peques.com.mx>. Retrieved Agosto 25, 2012, from <http://www.peques.com.mx>:

http://www.peques.com.mx/que_es_el_autismo_y_cuales_sus_clasificaciones.htm

- Lombrino, D. A. (n.d.). *www.psicoadolescencia.com.ar*. Retrieved April 4, 2013, from www.psicoadolescencia.com.ar:
<http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final027.pdf>
- López, C. A. (2010, Marzo 29). *medicablogs.diariomedico.com*. Retrieved Septiembre 26, 2012, from medicablogs.diariomedico.com:
<http://medicablogs.diariomedico.com/jena/2010/03/29/el-psiquiatra-celso-arango-sobre-trastornos-psicoticos-en-infancia-y-adolescencia/>
- Muiña, D. (2012, Septiembre). *www.psi.uba.ar*. Retrieved April 4, 2013, from www.psi.uba.ar:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/102_infanto_juvenil/material/psicosis.pdf
- S.Lebovici, R.Diatkine, & M.Soule. (1990). *www.edipica.com.ar*. Retrieved Octubre 21, 2012, from www.edipica.com.ar:
<http://www.edipica.com.ar/archivos/leandro/psicoanalisis/psiconinios/lebovici1.pdf>