

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

TÍTULO:

**Los usos del cuerpo como modo de respuesta subjetiva frente
al Otro: propuesta de intervención para el trabajo con niños
diagnosticados con autismo.**

AUTOR (A):

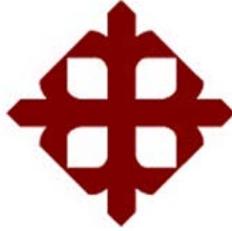
Mejía Ricaurte, María Lorena

**Trabajo de Titulación previo a la obtención de Título de
Psicóloga Clínica**

TUTOR:

Gómez Aguayo, Rosa Irene

**Guayaquil, Ecuador
2014**



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **María Lorena, Mejía Ricaurte**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicóloga Clínica**.

TUTOR (A)

Rosa Irene, Gómez Aguayo

REVISOR(ES)

(Nombres, apellidos)

(Nombres, apellidos)

DIRECTOR DE LA CARRERA

(Nombres, apellidos)

Guayaquil, a los 5 días del mes de Mayo del año 2014



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **María Lorena Mejía Ricaurte**

DECLARO QUE:

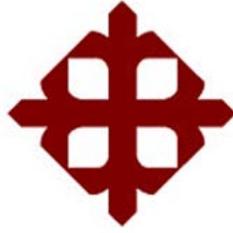
El Trabajo de Titulación de “Los usos del cuerpo como modo de respuesta subjetiva frente al Otro: propuesta de intervención para el trabajo con niños diagnosticados con autismo” previa a la obtención del Título **de Psicóloga Clínica**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando 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 mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 5 días del mes de Mayo del año 2014

EL AUTOR (A)

María Lorena, Mejía Ricaurte



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **María Lorena Mejía Ricaurte**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Los usos del cuerpo como modo de respuesta subjetiva frente al Otro: propuesta de intervención para el trabajo de niños diagnosticados con autismo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 5 días del mes de Mayo del año 2014

LA AUTORA:

María Lorena, Mejía Ricaurte

AGRADECIMIENTO

A la Psicóloga Clínica Rosa Irene Gómez, Tutora de Tesis, por sus conocimientos impartidos durante mi formación académica, por su guía y orientación para la realización de este trabajo investigativo.

DEDICATORIA

A mis padres quienes son el pilar fundamental en mi vida, por su apoyo incondicional y la confianza depositada en mí.

A los pequeños con Trastorno del espectro autista... para ellos y por ellos todas mis ganas y deseos de seguir creciendo profesionalmente.

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Rosa Irene Gómez Aguayo
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

(NOMBRES Y APELLIDOS)
PROFESOR DELEGADO



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

CALIFICACIÓN

**Rosa Irene Gómez Aguayo
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR**

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1 El diagnóstico de autismo.....	5
1.1.1 Campo psiquiátrico.....	5
1.1.2 Campo psicoanalítico.....	10
1.2 Lo que le ocurre al autista con el Otro, y con el cuerpo.....	14
1.3 La relación del niño con los objetos externos: El objeto autístico como una suerte de suplencia.....	24
1.4 Desarrollos actuales como propuesta para la cura.....	27
1.4.1 Teorías Cognitivas Conductuales.....	28
1.4.2 Abordaje Clínico desde el Psicoanálisis.....	33
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	
2.1 El Método Clínico.....	40
2.1.1 Técnicas empleadas.....	40
2.1.2 Objeto de estudio - Población	41

CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERVENCIÓN DE RESULTADOS

3.1 CASUÍSTICA.....	43
3.1.1 Caso “Boris”.....	43
3.1.2 Caso “Kevin”.....	46
3.1.3 Caso “Cristhian”.....	50
3.1.4 Caso “Gabriel”.....	52
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

RESUMEN

En la práctica cotidiana, se trabaja con niños que resultan imparables, quienes no tienen noción de las reglas y los límites, donde la precariedad de lo simbólico pareciera incrementar el surgimiento de la descarga motriz en un cuerpo descontrolado.

Se partió entonces del análisis de los usos del cuerpo como modo de respuestas elaboradas por el propio sujeto para contener la angustia que le generan los Otros, armando una defensa ante la dificultad de sostenerse como sujeto de enunciación. Para esto, se realizó un análisis clínico del caso por caso para elaborar propuestas de intervención, y así llevar a cabo el tratamiento respectivo.

La recopilación de información personal del paciente se efectuó a través de una metodología investigativa clínica, mientras que para la verificación de los contenidos propuestos se utilizó el método exegético debido a que este trabajo contiene elementos epistémicos que sustentan lo que se ha planteado.

Lo que se ha podido recuperar en el tratamiento con niños autistas, es el trabajar rescatando sus elaboraciones particulares como tal, no implicarlos en una situación que opere por la vía del forzamiento y la enseñanza mediante reforzamientos.

Palabras Clave: autismo, encapsulamiento, cuerpo, goce, angustia.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo lleva el nombre de: *“Los usos del cuerpo como modo de respuesta subjetiva frente al Otro: propuesta de intervención para el trabajo con niños diagnosticados con autismo”*. Éste está encaminado a dar a conocer cómo estos niños utilizan su cuerpo como armadura defensiva frente a intervenciones que van en contra de su producción subjetiva, es decir, que se los somete a métodos de aprendizaje sin antes escuchar lo que estos niños tengan por decir de sus invenciones elaboradas para contener su angustia. El no dar espacio a la escucha, provoca que se marquen sus encierros en las obsesiones y estereotipias.

La razón que motiva el estudio surge a partir de las múltiples interrogantes generadas en la realización de las Prácticas Clínicas con niños (entre las edades de 7 a 9 años) en una fundación para la ayuda de personas con autismo, y en la cual se permitió aplicar los conocimientos y aprendizajes adquiridos en los años de carrera universitaria. De la misma manera que se plasmaron los aprendizajes, surgieron nuevas interrogantes acerca del trabajo con dichos sujetos.

Socialmente, el niño autista es catalogado como un sujeto “malcriado”, de conductas disruptivas, que no obedece órdenes, que ignora, agrede y a los que parece no conmover una palabra de autoridad. Actualmente se cuenta con múltiples técnicas y enfoques para controlar dichas conductas y

enseñar a comportarse a estos niños en distintos entornos sociales. A través de estas técnicas y enfoques algunos obtienen resultados positivos, otros se vuelve niños “mecánicos” y para otros simplemente no hay resultados, sino más bien “retrocesos”, lo cual crea en ellos una diversidad de comportamientos que los llevan cada día más a un “encierro” y a una incidencia de estereotipias y autoagresiones.

Erróneamente se somete a estos niños, sin su consentimiento, a métodos de aprendizaje que tratan de erradicar totalmente las invenciones elaboradas para contener su angustia, no se respeta la singularidad, se lo lleva a una disolución en lo universal. Cazenave, L. (2013) expone que el cientificismo actual propone entre otros tratamientos estandarizados para los autistas, la interfaz cuerpo-ordenador, es decir que se programan robots para enseñar lenguaje, jugar y como modelos de comportamiento; pero tal propuesta de un doble robótico como partenaire solo puede despojar al niño de la dimensión subjetiva.

La falta de inscripción en la cadena significativa vuelve insoportable el encuentro con el Otro, produciéndole angustia; manifestándose de esta manera un exceso de goce a través del cuerpo, producto que no cuenta con los recursos simbólicos que le permitan hacer lazo. Muchas veces se ignora que también los usos del cuerpo para estos niños son formas de tramitación de lo real e implican un modo de respuesta subjetiva y una forma posible de tener un cuerpo. Es necesario, por lo tanto, tener en cuenta que no todo es perturbación a nivel corporal, es posible localizar lo que se ha constituido en

el niño autista, y no simplemente enfocarnos en lo que no se produce; la producción subjetiva da cuenta de una relación particular con el cuerpo.

Parfraseando a Lacan, J. (1957, p.14) en “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, la psicosis es una respuesta subjetiva y no una respuesta por el lado del déficit. Por parte del terapeuta, es pertinente propiciar otros modos de localización del goce produciendo anticipadamente una localización subjetiva. Al no haber un cuerpo, el goce retorna sobre un borde en el cuerpo, a lo que Laurent, E. lo llama neo-borde que ocupa el lugar de lo que hay cuando no están los límites del cuerpo. Es por esto por lo que vemos que los niños autistas hacen de sus cuerpos herramientas defensivas para protegerse de lo real; nos encontramos con niños en los que ante la presencia de un otro invasivo, ya sea por su voz o mirada, recurren a las estereotipias, autoagresiones, ecolalias y demás fenomenologías que son utilizadas como modo de defensa subjetiva.

Laurent, E. (2011, p. 232) en “El sentimiento delirante de la vida” señala que: “El cuerpo autista sería verdadero cuerpo sin órganos. El desmembramiento del cuerpo a través de sus órganos es sobrellevado con el precio del encierro...” y produce un forzamiento a reemplazar la función que no ha sido posible por la regulación del lenguaje, es decir, su cuerpo es usado a manera de armazón, de un caparazón como indica Laurent en el cual pueda encapsularse.

El objetivo general del trabajo consiste en analizar los usos del cuerpo como modo de respuesta en el niño autista frente a la persecución del Otro, donde a partir de ello, el organismo le funciona como armadura defensiva que le ofrece cierta protección al retorno del goce en el cuerpo. A partir de este estudio se pretende establecer una propuesta de intervención ante tal acontecimiento, y examinar las posibilidades del terapeuta para favorecer el contacto con la realidad, el de establecer un lazo social.

La investigación se desarrollará bajo un contexto clínico con orientación psicoanalítica en cuanto responde a la necesidad de velar por la subjetividad del niño autista, permitiendo así a que construya recursos que le permitan hacer frente a lo real que le advienen del Otro y que por ende lo conduce a una angustia manifestándose en fenómenos corporales; siendo ésta propuesta una mirada clínica distinta al discurso común, el de las masas evitando la homogenización y la pérdida de sujeto dentro de un todo.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 El diagnóstico de autismo

El autismo se define por una gran cantidad de criterios determinados, para los cuales no existe una propuesta unánime aceptada para su diagnóstico. Por lo tanto, es necesario hacer un seguimiento de cómo se nombra a través de la historia este trastorno, desde el discurso psiquiátrico que implica una etiología biológica en relación a lo genético y a lo neurobioquímico, y desde el discurso psicoanalítico en cuanto lo plantea como un problema de subjetivación colocándolo en el lugar de un objeto real inanimado.

1.1.1 Campo psiquiátrico

En 1911, el término de autismo fue acuñado e introducido por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler, quien lo planteó como una de las modalidades de la esquizofrenia (Del Barrio, 2006: 78), que implicaba un alejamiento de la realidad externa (tenía la particularidad de una cierta retracción afectiva) por la marcada tendencia de estos sujetos a vivir encerrados en sí mismos, aislados del mundo emocional exterior y por ende a la incapacidad de relacionarse socialmente.

Treinta años más tarde el médico Vienés Leo Kanner, fue el que por primera vez señaló al autismo como un síndrome distinto a la esquizofrenia. Kanner inauguró el trabajo de teorización sobre el tema e introdujo lo que llamó el “*autismo infantil precoz*” -a partir de un seguimiento que hizo a casos de once niños para ver su evolución-, cuya característica fue aparentemente como si nacieran psicóticos (Irrázaval, M. et al., 2004). “De entrada cuando se los quiere tomar en brazos, no se adaptan a los brazos de la madre, no fijan la mirada, tienen una mirada oblicua, hay un rechazo en la alimentación, movimientos estereotipados, no juegan, si se caen o se golpean no lloran, no se enferman, no se ríen, hablan en tercera persona o utilizan un soliloquio que no se entiende, o frases sueltas; como si fueran hablados por el Otro, repiten frases sin sentido” (Luale, 2011). Siendo esto un indicativo que para el autista, el Otro le resulta intrusivo: su voz, su mirada, resulta tormentosa para ellos. También, al no tener un cuerpo enmarcado por lo simbólico, provocará que no sientan dolor, ya que no hay límites en su cuerpo.

De estos aspectos, en 1951 Kanner destacó como característica nuclear la obsesión por mantener la identidad, expresada por el deseo de vivir en un mundo estático, donde no son aceptados los cambios. A partir del año cincuenta, el autismo fue considerado como un trastorno psicogenético con márgenes claros y presentación clínica similar en todos los pacientes (Fuentes, 2012, p.2). En muchos países fue concebido como el resultado de un deficiente trato familiar y cercano a la psicosis. Fue a partir de los años setenta que se empezó a mostrar las falsedades de estas nociones y se lo

comenzó a entender como trastorno del desarrollo de ciertas capacidades infantiles (de la socialización, comunicación e imaginación) y las clasificaciones internacionales lo ubicaron en el eje correspondiente a otros problemas ligados al desarrollo, como el retraso mental.

Con el fin de estandarizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios, se elaboraron los manuales de diagnósticos. En el año 52 aparece el DSM-I (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), cuyas características descritas en el autismo eran diagnosticadas como “reacción esquizofrénica de tipo infantil”. Después, en 1968 apareció el DSM-II, el cual tampoco contemplaba el autismo como un diagnóstico específico, sino como una característica propia de la esquizofrenia infantil. Se puntualizaba: “La condición puede manifestarse por conducta autista, atípica y aislamiento” (Irrarázaval, M. et al., 2004); se mencionaba además, la existencia de un fracaso para desarrollar una identidad independiente de la madre, inmadurez y alteraciones del desarrollo. Como una característica adicional se hizo referencia a la posible asociación con retraso mental.

En la publicación del DSM-III, en 1980, se incorpora al autismo como una categoría diagnóstica específica. Se contempla como una entidad única, denominada “*autismo infantil*”, luego se sustituye por “*Trastorno autista*”, término que se usa en los manuales para definir genéricamente los problemas mentales.

El autismo se incluye en los manuales de psiquiatría, por las clasificaciones diagnósticas del CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud) y el DSM-IV, entre los *Trastornos generalizados del desarrollo* (TGD). Al decir que son trastornos generalizados del desarrollo podemos señalar que implica algo de lo evolutivo, de lo orgánico o de lo genético.

Posteriormente del TGD, se incorporaron conceptos que han establecido definitivamente la visión de estos trastornos: “se identificaron trastornos diferentes, se reconoció la presencia de cuadros parciales, se apreció la variabilidad de los síntomas con la edad y el grado de afectación, se describió su asociación con otros problemas del desarrollo y se aceptó de manera prácticamente universal que se debían a problemas relacionados con un multifuncionamiento cerebral” (Fuentes, 2012, p.4).

En el DSM-IV se definen cinco categorías de autismo (TGD), estas incluyen: *Trastorno autista*, el *Síndrome de Rett* descrito sobre todo en mujeres y que aparece antes de los cuatro años. Luego se incluyen los *Trastornos desintegrativos de la infancia*, el cual se caracteriza porque el paciente alcanza cierto grado de desarrollo y posteriormente éste se deshace. Según Tendlarz (2002) el acento está puesto en el trastorno comportamental y en el criterio adaptativo, si se desarrolla o no adecuadamente. A continuación ponen en la serie el *Síndrome de Asperger*, en el cual no se ve afectado lenguaje, siendo ésta su particularidad a

diferencia del autismo. Por último, está el *Trastorno generalizado del desarrollo no especificado*, cuando no saben de qué se trata es no específico.

En los últimos años, se incorpora el término *Trastornos del espectro autista* (TEA), éste resalta la noción dimensional de un “continuo”, en el que se altera cualitativamente un conjunto de capacidades en las tres áreas siguientes:

1. Interacción social
2. Lenguaje, comunicación y juego
3. Déficit expresado por repertorio limitado de intereses y actividades, estereotipias y perseveración.

Para que se dé un diagnóstico de autismo, deben cumplirse seis o más manifestaciones del conjunto de trastornos nombradas con anterioridad, cumpliéndose como mínimo dos elementos de cada una de ellas. Para todos ellos, la psiquiatría está convencida de un origen constitucional y transmisión genética.

Si consultamos con los grandes clínicos como: Toustin, Maller, Winnicot, Bettelheim, Ajuriaguerra, de los años 1930 a 1950; encontraremos que ellos nombraron todos estos cuadros como *psicosis infantil*. Se dedicaron a describir cómo empiezan, cómo terminan, qué hacen, qué movimientos, qué estereotipias, cómo es el lenguaje, el desarrollo, formularon hipótesis

psicogenéticas, todo lo describieron bajo el nombre de *psicosis infantil*. Actualmente ni la ciencia ni el psicoanálisis aceptan este término, porque no hay una psicosis infantil que sea propia de la infancia (Velásquez, 2003:16).

Se distingue entonces cómo al pasar de los tiempos la concepción del trastorno de autismo ha evolucionado desde un enfoque neuropsicológico, donde las causas del déficit se centran en el niño, pasando por un enfoque conductual donde el interés se centra en las propias conductas del individuo y el entorno donde se desarrolla, intentando intervenir directamente en ellas (Velásquez, 2003). Se lo ha denominado como retardado mental; Velásquez comenta que muchas veces, por facilidades epistémicas, nos ubicamos en el camino más fácil, en el camino de las capacidades cognitivas y es por ello que nos quedamos con el diagnóstico de retardo mental. El autor recomienda que sea conveniente hacernos la pregunta de “¿*Qué estructura tiene el niño llamado retardado mental?*” y no simplemente determinar el retardo sin preocuparse de la estructura.

1.1.2 Campo psicoanalítico

Bien sabemos que desde la teoría psicoanalítica el cuerpo es algo a construir, y Lacan en el seminario 23 “El Sinthome”, “expresa el uso del verbo –tener-: uno tiene un cuerpo, pero no lo es en ningún grado”. En el autismo hay ausencia de toda “prótesis imaginaria” dando cuenta de una mayor precariedad en la constitución subjetiva (Sper, E. 2013).

De lo que se trata para el ser hablante es de subjetivar el propio cuerpo. Luale, L. (2013) comenta que el modo en que estos niños se presentan suelen desconcertarnos: *como no nos miran, suponemos una falla en la percepción; como no responden a nuestros llamados, los creemos sordos; como no hacen lo que les pedimos, damos por sentado que no comprenden el código; como no nos hablan, terminamos por creer que no hay a quien dirigirse.*

En el texto “Autismo y Esquizofrenia” de los hermanos Lefort, se dice que, de que hay forclusión en el autismo, nadie puede dudarlo, pero es necesario precisar lo que está forcluido. Pues hay una forclusión del significante; se plantea que la forclusión del Nombre-del-Padre es total en el autismo, pero no se trata solamente de eso; sino de forclusión de la simbolización primordial de la madre, madre representable. El psicoanálisis anglosajón consideró al autismo como una alteración producida por un déficit defensivo, ubicando la causa en el inadecuado vínculo temprano madre-hijo, en un principio por dicha situación a las madres de estos niños se las calificó como “madres refrigeradoras”, aquellas que no mantienen un vínculo afectivo con su hijo.

Rosine y Robert Lefort sostienen la hipótesis de que se trata de una estructura en la que, a causa de la forclusión del significante materno, no hay Otro, no hay goce, ni objeto. El autista no habría alcanzado la relación del significante y el goce presente ya en lo más primitivo de bebé, y el grito

habría permanecido como tal; sin significación alguna. Sin la entrada al significante primordial, no se puede generar la primera identificación propuesta por Lacan, S1. Por ende no hay posibilidad de simbolizar, de establecer una separación entre el significante y la cosa. Esto se evidencia en varias situaciones: El cuerpo que como tal es una simbolización de lo orgánico, tampoco está presente, entonces aparece como real, es decir, como una máquina (Velásquez, 2003).

Por otro lado la noción temporo-espacial lo da lo simbólico, por eso se observa que los niños muy pequeños tienen dificultad en su motricidad, se tropiezan, se caen, se llevan los objetos por delante hasta cuando todavía lo simbólico no se ha puesto en su lugar. En los niños psicóticos persiste esta ausencia de constitución, por lo que pueden caminar sin noción de peligro. Justamente es porque la falla simbólica repercute en su constitución del espacio y tiempo, se golpean con tanta facilidad y nos les duele, pues no hay un cuerpo que ha afectado al viviente y por el cual pueda sentir dolor (Tendlarz, 2002).

Lo simbólico no es solamente el uso del lenguaje, ni la estructuración del espacio, sino también la posibilidad de tener un cuerpo, puesto que en cierta posición del espejo el sujeto adquiere, a través de la constitución yoica, su imagen especular. Pero en lo imaginario tampoco hay que pensar que solo se trata de esta imagen especular, sino que eso repercute en el uso del lenguaje y en el uso de los movimientos. El fenómeno imaginario recae

sobre la cadena significativa y aparece la ecolalia, o si no recae sobre los movimientos y aparece la ecopraxia, pegado a la imagen del otro, pues tampoco estos movimientos constituyen un juego (Tendlarz, 2002).

Velásquez, J. refiere que estos sujetos no simbolizan la demanda del semejante, entonces, frente a la iniciativa del otro semejante, los autistas entran en fases de agitación clásicas, en las cuales hay una gran angustia. En el seminario “Aun” de Lacan (1981, p.112), se plantea que el lenguaje está hecho de *lalengua*, y que éste vale como elucubración de saber. La clínica de la locura infantil hace referencia a la incidencia de *lalengua* como afectación primera sobre el viviente, siendo imposible pensar la dimensión de lo humano por fuera de este campo. Ésta a su vez menciona que hay que destacar la capacidad de estos niños para eludir este pasaje por el lenguaje que los llevaría a hacer del significativo signo de la presencia de un sujeto, produciéndose en cambio un retorno sobre el cuerpo (El tema del cuerpo será retomado en el siguiente capítulo).

De estos niños no puede esperarse ningún saber discursivo puesto que no hay cadena significativa; por lo tanto son niños que son hablado por los significantes que no hacen cadena. Cuando dice algo, son significantes repetidos que toma del Otro, al cual hay puro sometimiento.

“Estos niños hacen su trabajo, soportar el no poder articular nada del orden del juicio en tanto no muerden el anzuelo de la justicia distributiva. Se presentan claramente desapegados de los fines comunes del goce de su tiempo, dando por tierra con los derechos del narcisismo. Estos niños siempre están desviados de la vía trazada, en escapatoria permanente, y esa es su tarea” (Manzotti, M. 2008, pág.71).

Por tanto, se considera al sujeto autista en la vertiente de los trastornos de la subjetivación, en tanto “la estructura no se concibe sin decisión, hay en estos niños una insondable decisión del ser de no ceder al significante, mantener al Otro al margen y hacer de la lengua una lengua muerta”, indica Manzotti, M. (1998, p.70). Estos niños autistas no están dispuestos a consentir lo que el Otro tiene por decir, evitan el encuentro con el Otro portador de significantes; la constitución del sujeto se concibe únicamente en correlación con este Otro.

1.2 Lo que le ocurre al autista con el Otro y con el cuerpo.

En el presente tema abordado es necesario estudiar la relación del sujeto autista y el Otro, la constitución de este lazo y la utilización del cuerpo como modo de respuesta subjetiva. Se debe tener en cuenta que aunque se hable del niño autista como seres desubjetivados, hay que dar cabida a las elaboraciones que hacen, ante lo insoportable que pueda resultar la presencia del Otro.

Es pertinente introducir el axioma de Lacan que dice, “el sujeto se hace en el campo del Otro”. Lacan, prefiere nombrarlo como Otro porque no es la madre biológica específicamente la que pueda hacer parte de ese Otro. En la modernidad y cada vez con mayor intensidad, ese Otro es mucho menos personalizado, es Otro mucho más difundido, mucho más diseminado.

Velásquez, J. (2003: 29) comenta que hay que pensarlo al Otro siempre en tres dimensiones: Simbólica, que es la misma del lenguaje, de la norma, de la ley. La dimensión imaginaria que es aquella de los afectos, de la imagen, del cuerpo. Y la dimensión, llamada por Lacan, real, que es la dimensión del goce. Todas las personas están apoyadas de alguna manera en estas tres dimensiones, descritas por Lacan como dimensiones del ser. Cada registro adquiere una consistencia, una estructura y una identidad suficiente para poder tener lo que se llama el efecto de la estructura. En relación a estos tres registros, Lacan hizo uso del nudo borromeo, donde expresa que si se suelta uno de ellos, se sueltan los tres. En el caso de autismo al estar los registros desanudados estaría con un cuerpo, con un afecto, desprendido. Razón por la cual el cuerpo es vivido como exterior, ajeno, deshabitado de un sentimiento de vida.

“El niño autista se define por estar atrapado en la lengua sin una posible elucubración de lenguaje” (Sper, 2013). Es decir, un sujeto que no se ha introducido en ella, pasando por el balbuceo, que testimonia ya una captación del sujeto en una relación con un Otro. Por eso se dice que en el

autismo no se ha introducido ni siquiera el lenguaje, a diferencia de la psicosis, donde sí está en él pero, no en el discurso.

Se constata que en estos niños autistas hay una anulación al Otro. Son como perseguidos por los signos de la presencia del Otro, nos dice Soler, y en particular por dos objetos: la mirada y la voz. Estos objetos provocan reacciones paroxísticas en estos niños debido a que por medio de estos dos elementos, es que el Otro hace un llamado y que por ende son un índice de presencia para el niño autista, el cual no quiere saber nada del Otro por la angustia que le provoca. Estos objetos en la subjetividad de un niño “normal” operan como un nexo afectivo entre la madre y el niño, sabemos que el sujeto se constituye a partir de la demanda del Otro (de su llamado y lo que se habla de él), a través de estos objetos se permite que se establezca el significante sobre el cuerpo del niño.

Algunos autores indican que es mejor abordar a estos niños de espalda (para no mirarlos directamente), esconderse un poco, hablar cantando para hacer como si fuera un ruido más bien que una voz. Soler, C. (1990), se trata de intentar confundirse con el mundo de los objetos, hacer como si el analista fuera un objeto en la pieza. Esta estrategia responde evidentemente a la constatación de que el niño reacciona de manera paroxística al encontrarse con la mirada y la voz, o más generalmente con todo lo que es imprevisible; es decir como un índice de la presencia. Es necesario que nada se mueva, puesto que la presencia es intrusiva.

La hipótesis central de Maleval es la del rechazo del autista del goce asociado al objeto voz que determina las perturbaciones del lenguaje: No se trata aquí tanto de la sonoridad sino de la enunciación de su decir. Nada angustia más al autista, dice Maleval, que ceder su goce vocal alienándose al significante. Se protege entonces de la presencia angustiante de la voz a través de lo verboso o del mutismo, y evita la interlocución del Otro. Es común encontrarse con casos de autistas de alto nivel, que aunque hablen con fluidez, se protegen del goce vocal a través de la falta de enunciación (Tendlarz, 2012).

Siendo así que lo que mortifica al autista es hacer lazo, mediante la comunicación verbal, no le molesta el sonido, sino el discurso del Otro. “De allí deriva la soledad del autista en cuanto a tomar una posición de enunciación, como así también la fijeza en su esfuerzo de mantener un orden estático frente a lo caótico de su mundo” (Tendlarz, 2002); ya que ese armazón que utiliza, es el recurso con que cuenta para hacer frente a lo contingente del Otro.

En una sesión analítica, el terapeuta se encuentra, como dice Soler, en el “como si”, pues se está obligado a interpretar los comportamientos como si ellos apartaran todo lo que es de la voz. Por otra parte, los autistas presentan a menudo problemas con la mirada: ellos no miran o tienen estrabismo fantásticos; es por eso que anteriormente se recomendaba que

había que abordarlos dándoles la espalda, y no directamente como se hace en el caso del sujeto neurótico.

En un testimonio en la jornada organizada por Robert y Rosine Lefort, Odile Bernard-Dejoria comenta del caso de un niño que la primera vez que ella vio que éste la miraba, era un momento en que de aburrimiento, ella estaba completamente ausente, había anulado tanto los signos de su presencia, que saliendo de su distracción, percibió que por primera vez el niño la miraba. Este contacto se vio favorecido en cuanto la terapeuta evitó o anuló los signos de su presencia.

Cuando irrumpe la angustia, maniobras bruscas o agresivas, se desencadenan una serie de conductas con agresiones, autoagresiones, encierros, etc., estas manifestaciones vienen a ocupar el lugar del significante, que no es posible articular como mediador ante la demanda del Otro. Así, como hay un rechazo de la llamada y de lo que el Otro pueda notificar con su palabra, tampoco hay demanda al Otro, sino que más bien están en una posición de amos, hablan y se dirigen de acuerdo a su voluntad, no gesticulan palabra alguna o lo hacen sin terminar lo que querían decir.

Existe un cuarto tipo de fenómeno, y se trata de los problemas de separación, en tanto estos niños no logran separarse de la madre o del terapeuta. Esos fenómenos de perturbación al nivel de la presencia y de la ausencia del Otro primordial son muy significativos para todo niño, puesto que es precisamente la “simbolización de la ausencia” lo que hace surgir el primer significante del deseo del Otro, aquel que Lacan escribe como D.M. en la metáfora paterna (Soler, C. 1990, p.168). En estos niños la lengua se les impone de manera desubjetivada, no entran por su propia cuenta en la alienación significativa, sino que son incluidos solamente al nivel de la palabra del Otro.

Los niños autistas son sujetos, pero no de enunciación. Su posición frente al Otro, dice Colette Soler en su texto *“Fuera del discurso: Autismo y paranoia”* (1990, pág. 168) consiste en intentar mantener un modo de homeostasis, en impedir la dialéctica de la palabra, en mantenerse en la relación a una o dos demandas completamente estereotipadas, repetitivas sin enunciación. Todo lo que se mueve del lado del Otro, todo lo que multiplique sus demandas, todo lo que se muestre como inestable, impredecible; tiene un impacto directo e inmediato sobre estos niños. Como menciona Soler, en el fondo su propia estabilidad depende de que el otro no se mueva. Estos niños, no son indiferentes a la presencia del Otro, pero tampoco están dispuestos a ser requeridos por él, estando alojados en el lenguaje no lo hace suyo, sostienen una decisión de mantenerse al margen y todo el trabajo que realizan está al servicio de sostener dicha decisión,

están atentos para no dejarlos entrar, desestimando la iniciativa del Otro impidiendo la intromisión de la presencia “intrusiva”.

En cuanto a lo que concierne a su cuerpo, se constata en estos niños un gran número de perturbaciones a nivel corporal. Entre ellas se tomará como primer punto la serie de problemas funcionales en cuanto no entran en las normas de aprendizajes de hábitos; son notorios los déficits especiales en la incoordinación del movimiento, de la marcha, de los ojos. De igual manera existe un déficit también en el aprendizaje de la continencia y naturalmente del lenguaje. “Pero su anomalía no es puramente deficitaria, de ellos se distinguen logros superiores, a veces tienen una memoria prodigiosa o capacidades sobresalientes en un campo preciso” (Soler, 1990, p.169).

Soler expone que los comportamientos de estos niños también son algo significativo. Éstos están ordenados entre dos tipos de estados: de un lado la *estupidez*, donde el niño se presenta como una masa amorfa casi como un objeto entre los objetos; y por otro lado lo que se llamaría *animación del autómeta*, ya no como inercia, sino como una actividad un poco particular, incoherente o mecanizada.

Finalmente, Soler indica un último rasgo, que es el que muchos autores lo han formulado como un problema de fronteras, en tanto esos niños tendrían un defecto en la observación de las fronteras entre su cuerpo y el

cuerpo del Otro. Mahler en particular, considera que es un defecto al nivel del desarrollo del pensamiento que haría que ellos no se representen los límites del cuerpo. Soler (1990), lo explica de otra manera, como una enfermedad de la libido, una enfermedad que va mucho más allá de una perturbación de las dichas "relaciones de objeto". El niño por ejemplo, comienza un gesto y espera que el Otro lo termine, como si el Otro leyera sus pensamientos, esto se debe a una perturbación del instrumento libido. Encontramos aquí al fenómeno de separación, el niño no puede separarse del Otro porque el Otro no es un objeto compensador de su falta sino una parte de su libido. Si se separa de él, su cuerpo cae inerte. Si la separación con la madre o terapeuta es catastrófica, dice Soler, es porque el niño pierde una máquina, libido, que le es exterior.

Durante el proceso investigativo se ha notado que en el autismo existe la problemática del encuentro en el ser hablante, entre el cuerpo y el lenguaje; sin embargo Maleval, JC. (2007) apuesta por los autistas como seres 'verbosos', no pone el acento en lo deficitario del autista sino en lo que el autista produce; se sitúa en la clínica de la producción.

Se conoce que entre el sujeto autista y el Otro hay un obstáculo. Pero la idea es que ese obstáculo se presente en la clínica bajo la forma de la envoltura formal de síntoma, se trata entonces, de leer la dimensión de efecto de creación que tiene este obstáculo, como lo dice Lacan en el escrito "De nuestros antecedentes". Es decir, que ese obstáculo entre el sujeto y el

Otro, a la vez es mediación entre ambos, y lo que cada sujeto ha inventado en su encuentro con el Otro.

Entonces el obstáculo, sea cual sea su envoltura formal, es efecto de creación del sujeto y para ilustrarlo se toma una frase del escritor Theodor Fontan, que dice: "Eso no anda sin la ayuda de construcciones auxiliares"; es decir, que entre el sujeto y el Otro hay algo que no anda, si no es con el obstáculo y a la vez se requieren de las construcciones auxiliares (sean síntomas, fantasmas o fenómenos elementales) que van a hacer que ahí exista un lazo.

En resumen en este subcapítulo, se muestra que el niño autista no tiene un cuerpo, el goce retorna sobre un borde en el cuerpo, Laurent lo llama neo-borde, que ocupa el lugar de lo que hay cuando no están los límites del cuerpo. Por esta razón los autistas hacen de sus cuerpos herramientas defensivas para protegerse de lo real.

En la psicosis, el autismo es un síntoma de ella; el Otro, la familia, el maestro, el compañero de aula, hacen las veces de un poder ajeno al niño que le es impuesto de manera intrusiva. Esa es la manera como el niño autista interpreta cualquier iniciativa que venga de afuera. Una de las respuestas características es el rechazo, la construcción de una muralla o fortaleza, que es como Bethelheim llamaba a la defensa autista.

Ello quiere decir que el sujeto autista arma una defensa ante la dificultad de sostenerse como sujeto de enunciación en el lazo con el Otro, con su cuerpo, con su lenguaje o con sus impulsos, y esta defensa es el aislamiento y la falta de consentimiento a hacer parte de lo colectivo, a donde lo empuja la familia y la pedagogía. El sujeto autista aparece con serios trastornos a nivel del estadio del espejo, repudiando las leyes que dan cuerpo y forma al ser, y por ende a la imposibilidad de una estructuración subjetiva, no respondiendo a la mirada del Otro, permaneciendo indiferente al reflejo de su propia imagen, he aquí el problema de la unificación del cuerpo a través de la imagen.

Para finalizar, se corrobora el papel fundamental que juega ese Otro en la respuesta del niño; será quien ponga la mirada sobre él, el que le hable, quien le dará los elementos necesarios para prenderlo al mundo, a la vida, el que debe presentarse horadado para que el niño pueda alojar ahí su voz, su mirada, un Otro que se implique en la relación, a un Otro encarnado y presente, y es eso justamente lo que no hay. Nos encontramos con un Otro actual totalmente trastocado por la ciencia y la tecnología, guiados de forma mecanizada por indicaciones e instrucciones que siguen ciegamente con una rigidez incuestionable donde no hay lugar a la humanización, ese Otro de la modernidad, como lo indica L. Cazenave en su artículo “el síntoma autista como modelo de la civilización”. Es claro ahora de qué manera se las

arreglan y con qué recursos cuentan para sostenerse en esa tan peculiar relación con el Otro y con el cuerpo.

1.3 La relación del niño con los objetos externos: El objeto autístico como una suerte de suplencia

El niño autista encuentra en los objetos externos un modo de tratar su malestar; se puede observar cómo en ocasiones un objeto particular puede ocupar un lugar privilegiado en su vida, pueden llegar a funcionar como un complemento que le dé seguridad y le permita afrontar situaciones de cambio, incertidumbre, angustia; o bien en ocasiones, llegan a angustiarse por la imposibilidad de salir de ese uso repetitivo que le dan al objeto.

Maleval, JC. (2008) plantea al autismo como una estructura que se caracteriza por un rechazo de la alienación significativa y de un retorno del goce sobre un borde. En esta relación particular con el significante, se impide que el goce se embarque en la palabra, y en su lugar retorna sobre un borde, con un objeto al que el autista se encuentra pegado; pegado al cuerpo de modo tal de construir una "caparazón autista" en su particular dinámica libidinal, es decir su cuerpo es usado de manera de armazón en el cual pueda encapsularse. Tendlarz, S. (2011) afirma que "se lo ubica al borde autista como una formación protectora frente a un Otro amenazante, que dispone de tres componentes esenciales: la imagen del doble, los islotes de competencia y el objeto autista."

"El encapsulamiento funciona como una burbuja de protección cerrada en la cual vive el sujeto; no tiene un cuerpo, tiene su capsula o su burbuja muy solida detrás de la cual esta" (Laurent, 2011).

El texto "La batalla del autismo" (Laurent, E. 2013) nos presenta las dos dimensiones de la función de los objetos en la relación con el cuerpo. La primera que hace la función de contención, es decir de poner límite al cuerpo, de contenerlo de este sentimiento de inconsistencia. Por ejemplo como es el caso de Temple Grandin con su "*máquina de abrazos*", que con la finalidad de dar forma a un cuerpo, ella crea este aparato que hace la función de ponerlo en horma, a manera de contención a diferencia de otros casos donde el organismo mismo se hace armadura defensiva, se constituye en un caparazón que parecería ofrecerle cierta defensa al retorno de goce en el cuerpo. Se constituye en una especie de neo-borde que hace de límite en el cual se vuelve imposible contacto alguno con el sujeto.

La otra vía sería la de la extracción del objeto en lo real del cuerpo. Es decir, extraer objeto sin forma que se impone al cuerpo a cualquier costo, como es la modalidad de algunos casos de extraer sus propias heces. El cuerpo mismo se vuelve invasivo al niño autista, y es aquí donde el niño arremete sobre su cuerpo al punto de destruirlo si es posible para extraer los objetos introducidos en este, es decir atacan sobre su propio cuerpo, tratando de hacer el agujero que no hay.

Rosine y Robert Lefort resaltan la importancia de los objetos en el tratamiento, ya que si hay carencia de lo imaginario en estos casos de autismo, el uso de objetos permitiría sostener un trabajo más concreto en la relación con el cuerpo. Lo cual quiere decir introduciendo nuevos objetos para que sea posible la extracción del objeto autista y que venga a ocupar ese lugar otro objeto, es de alguna manera un acontecimiento de cuerpo y permitiría que el sujeto alcance a ceder algo de ese goce que lo trastorna.

De todos modos los objetos son elementos esenciales para el tratamiento del autismo en la clínica psicoanalítica, debido a que son instrumentos que sirven para proteger al sujeto de la angustia, animan su cuerpo, procurándole una satisfacción y finalmente permitiéndole establecer un vínculo con el otro. Estos objetos que “funcionan como complementos del cuerpo sin forma, adquiere el estatuto de borde entre el cuerpo y el mundo exterior” (Abreu, T. 2013).

Parafraseando a Sper, E. en su artículo *“Usos de cuerpo en los autistas”*, cualquier cosa u objeto que estén al alcance del niño, sean estos juguetes, objetos cotidianos, su propio cuerpo, o el de los compañeros; son objetos suplementarios electivamente erotizados, que funcionan a la manera de un órgano que convenga a su cuerpo y pueda producir su montaje. Laurent: “De esta manera vemos como estos objetos suplementarios a los cuales se adosan logran una cierta estabilización, y les permite serenar su cuerpo,

funcionando como un verdadero instrumento para moderar el retorno de goce y construirle un borde, un contorno a ese cuerpo”.

1.4 Desarrollos actuales como propuesta para la cura

Hoy en día educadores, terapeutas y psicólogos se plantean la interrogante del cómo hacer con los niños autistas; y se enfrentan con diversidad de propuestas, que se pueden dividir en tres grandes orientaciones que son: “los métodos comportamentales, los cognitivos comportamentales y los métodos psicodinámicos” (Maleval, 2012). Cada uno demuestra una aptitud indiscutible en lo que se refiere a modificar los comportamientos de los autistas: desde las que se limitan solamente al comportamiento del niño, las que sólo captan en el sujeto su conciencia cognitiva, hasta las que extraen tras la diversidad de comportamientos.

Se desarrollarán dos de las propuestas que han tenido mayor auge en el transcurrir de la época, como son: la Teoría Cognitiva Conductual, cual núcleo del tratamiento es siempre el aprendizaje; y el abordaje desde una clínica psicoanalítica, la cual se basa en la escucha del otro, respetando la subjetividad del mismo.

1.4.1 Teorías Cognitivas Conductuales

El tratamiento cognitivo conductual se sostiene en la generalidad de la siguiente premisa: “No hay que tratar de entrar en el mundo del niño loco, hay que traerlo a nuestro mundo”.

Esta petición se concreta en la realización de infinitas rutinas establecidas por el terapeuta, psicólogo o padre de familia, y que el niño debe llevar a cabo correctamente. Estas rutinas van aumentando progresivamente en complejidad, de acuerdo a los resultados obtenidos. El niño, en respuesta a ciertos estímulos, deberá lograr la discriminación visual, apareo, imitación no verbal y verbal; mientras que los padres encuentran la manera de darle indicaciones a las que el niño sabrá responder (Maleval, 2012). Claro está que empiezan a responder de una manera mecánica; no hay nada imprevisto en el programa de la propuesta científicista, pareciera ser el de no ir más allá de su planteamiento.

Hay un intento permanente del discurso de la ciencia de anular los efectos de sentido, produciendo un borramiento de la subjetividad; se dice que este discurso no se lleva bien con la singularidad del sujeto, de manera que su ambición es siempre acallarlo.

Maleval, en su texto “*¡Escuchen a los autistas!*”, menciona que dichos tratamientos plantean como objetivos “enseñar” al niño autista a cumplir con

los ideales de la normalidad. Por lo tanto nos referimos a un cognitivismo pedagógico en cuanto ignora las particularidades del dirigirse autístico y toma a su cargo educar al sujeto.

Jim Sinclair (1993) en su texto *El Nombre de los autistas*, da un consejo tanto para padres, educadores y clínicos:

Nuestras formas de entrar en relación son diferentes. Insistan en cosas que sus expectativas consideran normales, y toparán con la frustración, la decepción, el resentimiento, quizás incluso con la rabia y el odio. Acérquense respetuosamente, sin prejuicios y abiertos a aprender cosas nuevas, y encontrarán un mundo que no hubieran podido imaginar.

Este sujeto autista, indica que si se trata de normativizarlos, no se está respetando su singularidad; solo se los está haciendo parte del mundo, mas no se es parte de ellos. Esta falla provoca que muchos padres sientan culpa por no poder educar a sus hijos de acuerdo a la norma; y en su intento desesperado provocan el borramiento del sujeto.

Maleval (2012, p.19) sostiene que hoy en día se propone a los autistas estrategias educativas evaluables como son el oponerse a las llamadas “obsesiones”, al igual que se impondría privarlo, tan pronto sea posible, de su objeto autístico. En dos de los once casos investigados por Kanner,

habían conseguido estos chicos autistas eludir las instituciones de cuidados e integrarse socialmente, y resulta manifiesto que una educación permisiva y el cultivo de sus “obsesiones” les habían ayudado mucho. Annick Deshays, una autista muda, escribe en su ordenador en oposición a los métodos educativos, que: “Practicar el conductismo es incitar a volvernós ‘fáciles’ mediante un formateo que reduce nuestra libertad de expresión, es empeorar nuestro grave problema de identificación y de humanización”.

El abordaje conductual, como el *Applied Behavior Analysis* (ABA) considera el psiquismo como una caja negra, y no trata de abrirla, de tal manera que se sitúa en el grado cero de la comprensión de la psicología del autista. Es un método que trata de aprendizajes, no es una forma de conocimiento del autismo. Actúa esencialmente descomponiendo las tareas a aprender, luego reforzando, por condicionamiento, la adquisición de cada elemento de la tarea (Maleval, 2012, p.25).

El método ABA se limita a abordar los comportamientos que se dedican a normativizar, sin buscar penetrar en sus funciones y sin preocuparse por la vida afectiva. En suma, se trata esencialmente de hacer que el niño obedezca, llevándolo a compartir los puntos de vista del educador sobre las normas del desarrollo de la persona, se le exige más al autista que supere ciertas dificultades cognitivas a que al educador que se adapte a ellas. Se trata de un método al que no le preocupa las diferencias del niño autista, se trata de un método generalizable a todos, nos dice Maleval (2012).

Manzotti (2008) en *Clínica del autismo infantil* hace un breve desarrollo de la posición de Foucault, quien sostiene en su descripción de las sociedades actuales que la forma moderna del ejercicio de poder, es la norma la que no reprime una individualidad o una naturaleza ya dada, sino que positivamente la constituye, la forma. Es en este sentido que Foucault sostiene que nuestras sociedades son sociedades de normalización; la norma mide en términos cuantitativos y jerarquiza en términos de valor las capacidades de los individuos, impone una conformidad que se debe alcanzar, busca homogenizar. La intervención propuesta por esta teoría será entonces, la de la reeducación, tornar a la medida establecida lo que se ha desviado, proponen como terapéutica la modificación de conductas por la vía del aprendizaje sistemático.

La psicología cognitivista le asigna una particular mirada a este tratamiento, nominando al niño a una conducta, un autómatas que sólo puede responder con una batería extremadamente pobre de recursos, y desacomodado del desarrollo normal de adquisiciones de un niño normal. Esta teoría, nos dice Manzotti (2008, p.29), nos exige aumentar nuestros conocimientos sobre los fundamentos neurobiológicos de las competencias sociales humanas y sobre cómo desarrollar a personas que carecen de los recursos intersubjetivos y de las motivaciones sociales que permiten a niños normales, en la ontogénesis “formatear culturalmente su génesis”.

El tratamiento del autismo es, en esencia, un intento de desarrollar en el niño esas funciones alteradas, y de disminuir las anomalías emocionales o de conducta que puedan acompañar el trastorno, a través de procesos de “enseñanza explícita” (Manzotti, 2008).

Maleval (2012) refiere que los cognitivos conductuales han constatado que la utilización de condicionamientos aversivos son eficaces en el tratamiento del autista. En los años 60' incluso se aplicaban choques eléctricos a estos niños para reducir los comportamientos de automutilación. Aunque poco tiempo después se prohibió el uso de estos condicionamientos aversivos, algunos autores consideran que este método sigue siendo una práctica que ejerce una violencia sobre el niño; al no tener en cuenta lo que lo angustia, ignorar la importancia de sus conductas, querer separarlo de su objeto autístico, pedirle que se adapte al terapeuta e impedirle que se aísle.

En conclusión, el enfoque cognitivo conductual propone el déficit, centrándose en las deficiencias de los procesos mentales del individuo. Dicha teoría se infunde en un método de aprendizaje de estímulo-respuesta, consiste en presentar un estímulo en secuencias repetidas, y de acuerdo a la respuesta dada por el niño, éste obtendrá una recompensa ya sea para reforzar o inhibir la conducta a tratar.

1.4.2 Abordaje Clínico desde el Psicoanálisis

Se conoce que el autismo se caracteriza por un rechazo de la alienación significativa y de un retorno del goce sobre un borde; el cual da cuenta de un objeto pegado al cuerpo, lo que construye un caparazón autista, que colma la angustia y permite el contacto con el otro. No se trata de un déficit cognitivo sino de una relación particular con el significante. De aquí el modo de abordaje desde una teoría psicoanalítica.

El abordaje psicoanalítico propone construir un espacio que no sea ni del sujeto ni del Otro, el cual permita un acercamiento que movilice al niño de su posición de objeto, y articular así un espacio de juego. Esto va a permitir que el niño construya sus propias elaboraciones, a diferencia del modelo conductista donde éstas le son dadas. Estos intercambios en lo real, no puramente imaginarios, en los que interviene la transposición de objetos, permiten la construcción de un espacio de desplazamiento del borde y la emergencia de significantes que pasan a formar parte de su lengua privada (Tendlarz, 2012). Se busca en el autista la elección de un objeto suplementario que permita hacer “lazo”, como por ejemplo algún instrumento musical, la pintura, la escritura, etc.

Al no respetar estas particularidades de tratamiento, se puede encontrar con niños que suelen rechazar cualquier contacto con el Otro, y frente a un borde casi pegado a la superficie de su cuerpo en la medida en que este Otro es experimentado como intrusivo. El abordaje entonces va de lado del

planteamiento de cómo se desplaza ese neo-borde (Tendlarz, 2012). Como no hay borde que permita al sujeto afrontar el goce que le adviene del Otro, es necesario que mediante objetos suplementarios, que funcionan como medio para regular el retorno del goce se construya un borde, “un neo borde”.

La clínica con autistas, dice Manzotti (2008), exige del analista una postura activa e inventiva, sobre todo en una época en que la ciencia y su todo-saber intentan inyectar soluciones donde el lenguaje hace agujero. Así, algunos índices que se observaban en esta clínica se desplazaron del campo de la inquietud a una búsqueda de formalización a través de articulaciones entre acontecimiento de cuerpo y transferencia.

Lujan luale (2008, p.39), en *“Las patologías graves de la subjetivación: un dispositivo para el abordaje”* indica un modo de trabajo: como para ellos estamos por así decir, segregados, corresponde a nuestra modalidad de trabajo no reduplicar tal segregación intentando que el niño responda a parámetros esperables: la única manera de producir un encuentro es situar la lógica en juego, de la cual el niño mismo es artífice. Luale, L. (2008, p.84) comenta: “no retroceder a la locura infantil, implica alojar los avatares que atañen a ese niño, sin desconocer que padecen del cuerpo que portan”. Todas las prácticas psicoanalíticas tienen en común el hecho de preconizar el respeto de lo singular y su no disolución en lo universal.

Manzotti (2008, p.63) menciona que en el abordaje del autismo hay una invención sostenida por el psicoanálisis aplicado, de diferentes dispositivos que sostienen una lógica precisa: el dispositivo soporte. Lacan orientó la construcción de un dispositivo en equipo y cuya oferta a realizar es la de implicación, de consentimiento a la tolerancia posible para el encuentro del sujeto autista con el Otro, se trata de un trabajo sostenido en la dirección de alojar su presencia, que se verifica en la sorpresa del niño, a partir de la localización de un detalle, del sujeto con el goce (su modalidad particular: un detalle, un fragmento, una parte) para mantenerse en su decisión de dejar plantado al Otro, y que ante la espera anticipada del analista, se produce el encuentro con su propia maniobra de evitación, de eludir al otro.

El método “Dispositivo soporte”, es una técnica que utilizó Marita Manzotti en la Fundación Hacer Lugar, el método implementado tiene la función de soporte, respetando la posición del sujeto, que no trabe ni obstaculice el singular trabajo; soporte que se realiza sin interferir en las particularidades del sujeto para mantener su postura de desencuentro con el Otro. Es un abordaje que no favorece su abnegación a quedar forcluído en tanto tal, sino más bien en estar preparado para lo inesperado, al encuentro sorpresivo del terapeuta.

Marita Manzotti (2012, p.21) en su texto "*Clínica del autismo infantil*" propone tres tiempos del dispositivo soporte:

1. *Instante de ver*: este primer tiempo de desarrolla a partir de la observación activa de los terapeutas (ej. Rechazo, aceptación y los momentos en que se producen), que van modulando una proposición del orden del "se sabe que" del sujeto indeterminado. De lo que se trata, nos dice Manzotti (2012), es de hacer tolerable nuestra presencia para no tornarnos en algo insoportable que lo envíe a las autoagresiones o encierros, se trata de introducirnos discretamente en su propio juego. Este tiempo llega a su conclusión con la localización del detalle.
2. *Tiempo de comprender*: es el espacio en el que todo el equipo de terapeutas se reúne para relatar las observaciones de las características que presenta el niño (voz, mirada, cuerpo, el tratamiento de los objetos y de los cuerpos), se formula el punto de localización, en tanto lugar de espera en el que el sujeto no calcula el encuentro.
3. *Momento de concluir*: permite articular una estrategia a partir de la certidumbre anticipada que brinda la hipótesis, aún cuando no se sepa sobre la conclusión a la que le niño llegará.

Es el tiempo en el que el niño consiente al trabajo, ante lo imprevisto, lo no calculado, lo que escapa a sus provisiones; confrontando al niño a no seguir repitiendo sus maniobras de desencuentro en la misma dirección, deberá inventar otra manera. Surge entonces, a partir de este encuentro, otros actos que dan cuenta de nuevos modos de regulación de goce que confirman su consentimiento subjetivo.

En “*Qué niño para el autismo, qué psicoanálisis para la institución*”, Manzotti (2008, p.45) señala que: “es intratable la alteración que subyace al autismo”, por lo cual de lo que se trata es de sostener, a partir de la comprensión del déficit, tratamientos de forma individualizada, que permitan con el tiempo ir construyendo un corpus de técnicas efectivas y, a la vez sostener para con el niño la mayor literalidad en el lenguaje, la paciencia y la firmeza en la educación.

Según Maleval (2012), los logros más elevados en el funcionamiento social de sujetos autistas no han sido obtenidos mediante la aplicación de técnicas de aprendizaje, ni mediante curas balizadas por etapas del desarrollo, sino por la vía de iniciativas singulares. Maleval refiere que no sólo los psicoanalistas han captado que la mejor ayuda que se les puede dar a los sujetos autistas no es la de los técnicos del aparato psíquico, sino la de educadores o terapeutas capaces de borrar sus *a priori* para dejar paso las invenciones al Otro.

Axline, propone por otro lado no decir nada que vaya de lado del deseo del terapeuta que pudiera indicar de su parte en verle hacer algo en particular. Se trata de comunicarse con él, tratando de no penetrar a la fuerza en su mundo interior, sino de comprender la especificidad de su sistema de referencias.

En el texto *La locura infantil: los santos segregados* de Pagadizabal, C. et al. (1998), afirman que la investigación clínica los llevó a establecer un dispositivo que habilitara un abordaje por otra vía que no favoreciera su abnegación a forcluir lo que estos niños son en tanto sujetos, un dispositivo que habilitará por una vía distinta al forzamiento, un proceso de ampliación de los recursos y el potencial que poseen.

De lo que se trata entonces en el abordaje de niños autistas, es de una oferta de implicación al trabajo psíquico, se intentaría que el sujeto advenga, consintiendo con la tarea que se le propone. Se trata de un trabajo sostenido en una dirección de presencia que no se sostiene en la “desaparición” del niño autista, respetando sus elaboraciones y tomándonos de ellas para la dirección de la cura, en un dispositivo que soporte la inespecificidad de ese sujeto.

Esta propuesta no pretende ser la única, sino más bien apunta a ser tomada en cuenta entre las demás existentes. Pero ésta se toma como

válida debido a que se busca que el sujeto construya sus propias elaboraciones, haciendo soporte a sus elaboraciones sin atribuir sentido (no inflar el síntoma), y sin retroceder ante el sin sentido (ante lo real), pues nos encontramos en el goce puro. Además este campo de la espera permite que el sujeto no se quede fijado en un goce estático, sino que mediante la prestación del cuerpo del analista, va permitir que el niño autista coja de él un objeto; el mismo que entra en una serie de sustituciones (produciendo la metonimia).

Se cree válida la propuesta del psicoanálisis, a diferencia de otras porque ésta no elimina radicalmente la forma que tienen (obsesiones, fijaciones, estereotipias, etc.) los autistas de hacer frente al exceso de goce; sino que se vale de ellos para inventar nuevas formas.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1 El Método Clínico

La elaboración del trabajo de titulación se desarrolla bajo un contexto clínico inductivo; puesto que para el estudio del sujeto, la recopilación de información personal del paciente, sus conductas, perturbaciones y todo lo que compete como sujeto, fue necesaria una observación participante, intersubjetiva y vivencia entre la psicóloga practicante y el paciente por medio de entrevistas. Se trata de una investigación cualitativa por sus bases fenomenológicas y métodos de recolección de datos para la explicación sustentada en basamentos teóricos de los aspectos comportamentales observados.

Presenta además un método clínico en cuanto consiste el estudio individual del sujeto y en tanto responde a la necesidad de velar por la subjetividad del niño bajo un lineamiento psicoanalítico, dando paso a la iniciativa singular de dichos sujetos, produciendo una localización subjetiva que los oriente.

2.1.1 Técnicas empleadas

Las técnicas empleadas fueron la observación y entrevistas clínicas; las cuales permitieron realizar un estudio y análisis más exhaustivo en relación

a sus conductas, perturbaciones, estereotipias y demás particularidades del sujeto que lo llevan al diagnóstico de tal estructura, definiendo así sus generalidades del caso por caso.

Como característica esencial del tratamiento, se trató de estar allí presente, para que el niño invente una manera de hacer con eso que lo angustia, con eso que lo retiene en una posición encapsulada, en un intento de ligar el significante al cuerpo, no presentándonos como ese otro invasivo, amenazándolo con sus potencialidades o incapacidades; estar allí en presencia, para que pueda ser escuchado en lo que tenga que decir.

2.1.2 Objeto de estudio - Población

La problemática planteada tiene como objeto de estudio a niños entre edades de 7 a 8 años de la “Fundación Comunicar”, con un diagnóstico de autismo y una fenomenología observada a nivel de lo corporal. Esta investigación se inserta en el entorno de un contexto educativo (cognitivo-conductual), cuyo objetivo es modelar o suprimir totalmente conductas que estén fuera de los rangos considerados “normales” ya sean sus estereotipias, mutismo, obsesiones, fijación de algún objeto y demás comportamientos, por medio de estímulos tanto positivos como negativos; pero a la vez que éstos son aplicados, se observaron mayores encapsulamientos en “sí mismos”, desencadenamientos de crisis más frecuentes con mutilaciones, angustias y ansiedades; es aquí cuando entra

la psicóloga practicante ofreciendo un espacio de escucha y que por ende permita ser tolerable al encuentro con el Otro.

Estas instituciones están representadas muchas veces por maestros, terapeutas, psicólogos y hasta los mismo padres, quienes buscan modos de trabajar con aquello que no funciona, exigiendo así, más al autista que supere las dificultades cognitivas, que al educador que se adapte a ellas, y en donde, en lo particular, las especificidades de su funcionamiento subjetivo son ignoradas.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 CASUÍSTICA

El resultado esperado de este trabajo investigativo, es el análisis de los usos del cuerpo como modo de respuesta subjetiva en el niño autista frente a este Otro persecutorio del cual parecen ser víctimas, permitiendo establecer una propuesta de intervención ante tal acontecimiento, donde el organismo se hace armadura defensiva que parecería ofrecerle cierta protección al retorno de goce en el cuerpo y que de alguna forma se presenta como una elaboración, como un modo de respuesta subjetiva.

En el siguiente desarrollo, se expondrán cinco casos que han sido atendidos en las prácticas clínica pre-profesionales de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en una fundación especializada en atención de niños diagnosticados con autismo. Con la presentación de estos casos se pretende dar cuenta la intervención del psicólogo en dichos sujetos, en la medida en que el niño construya una manera de gozar, se reconozca como tal, él mismo.

3.1.1 Caso “Boris”

Boris, de siete años de edad, es llevado a consulta por sus padres, ya que según comentan es un niño inquieto y se distrae con mucha facilidad, no obedece a los llamados, no tiene lenguaje verbal y llora cuando quiere algo.

Es obsesivo, se balancea, emite sonidos, constantemente está corriendo de un lugar a otro sin medir el peligro, es agresivo y presenta risas sin motivo alguno. Es el último de dos hijos; como antecedente, expone la madre que fue un embarazo deseado, pero a la hora del parto tuvo complicaciones, el niño tomó líquido amniótico por lo cual le suministraron medicamento y tuvo que ser internado por un par de semanas en la clínica.

Boris tuvo un desarrollo aparentemente normal hasta los dos años y medio que empieza a manifestar un retraso en el desarrollo: pierde el habla, no responde a los llamados y evita el contacto con los otros, los déficits de atención y movimientos repetitivos se hacen más evidentes al pasar de los años, parece estar todo el tiempo como ausente.

Cuando llega a consulta, B. presenta risa sin motivo, utiliza materiales de juego sin ninguna función y finalidad. En momentos de frustración se auto-agrede con mordidas en su mano, éstas cesan cuando logra conseguir una respuesta inmediata ante aquello que lo lleva a su crisis (por ejemplo: está armando un rompecabezas y nota que la figura se está despegando del tablero, busca en el salón algo para repararlo, no encuentra, grita y llora hasta que alguien le dé lo que buscaba); no responde a su nombre ni a ningún tipo de llamado, se balancea y tira contra la pared sin medir el peligro, tienen lenguaje ecolálico, llanto no justificado por tiempo prolongado (alternado con risa), ausencia de interés social, uso del cuerpo del Otro como objeto.

Revisando el historial del paciente, se ha podido detectar que tiene ciertos rasgos autísticos, el no responder a los llamados, no mantener contacto visual, conductas estereotipadas, y al mismo tiempo que existe una deficiencia al relacionarse con otras personas. Lo cual lleva a la conclusión de que al haber una dificultad a nivel de relación especular con el Otro, el estadio del espejo no se constituyó convenientemente, es por lo tanto que se pone en evidencia una no constitución imaginaria- simbólica fundamental.

El irrumpir con actos agresivos cuando su universo interior se ve alterado desde afuera, refiere la incapacidad que el menor posee para manejar adecuadamente la estimulación externa, así la autoagresión lo toma como un intento desesperado por librarse del pánico y angustia.

Durante las primeras sesiones con B. se detecta poca tolerancia a la frustración lo cual lo lleva a las autoagresión (golpes contra la pared, manotazos en la cabeza y mordidas en su mano), se buscan medios para calmar su angustia: se intenta por prestarle palabras frente a lo que le causa malestar, pero no soporta la voz del otro (estos vistos como intrusivos, persecutorios), se tapa constantemente los oídos como no queriendo escuchar, por lo tanto se intenta realizar una intervención que no sea percibido como amenazante. Se empieza a hablarle por la espalda y con un tono de voz suave y como cantando para hacer como si fuera un ruido más bien que una voz. Poco a poco se observan resultados, mantiene contacto visual mientras se le habla, dejando de llevar sus manos a sus orejas.

En relación a la falta de simbolización en los juegos, se hace referencia a una de las sesiones: “B. encuentra una pelota de Básquet, la mira, le da vueltas, la toca, no sabe qué hacer con ella, me acerco a él, le pido el balón pero parece no prestarme atención, empiezo a rebotar y meter en el aro, juego sola por unos minutos hasta que finalmente después de varias intentos a que se incorpore al juego, se integra, realiza los mismos movimientos de quitar el balón y lanzar, finalmente entramos en el juego de encuentros recíprocos”. Se ve entonces la necesidad de motivar modelos de identificación que abran curso a los primeros movimientos instituyentes de intersubjetividad. Acoger actividades que son de su interés para ayudar a insertarlo en un campo universalmente reconocido y de la misma manera lograr construir un vínculo social.

Debido a la ausencia de lenguaje verbal en B., se ha optado por ponerle palabras a sus acciones (lo que sucede, y porqué se dan ciertos eventos), de otorgarles sentido; del mismo modo a través de diferentes propuestas lúdicas se trata de promover en B., intenciones comunicativas.

3.1.2 Caso “Kevin”

Kevin de nueve años de edad, es remitido a la fundación por su neuróloga, debido a las manifestaciones inapropiadas para su edad cronológica. Los padres refieren que es un niño inquieto, salta sobre la cama, palmorea la pared, juega solo. Cuando se emociona se estremece, se

balancea, juega con las manos, tararea, trata de pronunciar palabras, no le gustan las fiestas y les teme a los payasos.

Kevin es hijo único de padres casados. Su madre comenta que no fue un embarazo planificado. El estado durante el periodo de gestación fue sano, salvo lo estragos normales de ansiedad, angustia e irritabilidad; parto a término cesárea sin ninguna observación médica. A los dos meses de nacido le diagnosticaron enterocolitis por lo que requirió internalización con alimentación intravenosa.

El desarrollo psicomotor de K. fue normal siendo así el de lenguaje hasta el año de edad, sus primeras palabras fueron: papá, mamita, pelota. Un año después el retraso en el desarrollo fue descubierto por la abuela, presentando las siguientes manifestaciones: no tenía lenguaje (el que había adquirido) y jugaba muchos con sus manos, siendo éstos los principales síntomas que motivaron a la madre a buscar ayuda en varias instituciones como INNFA, SERLI, Hipoterapia, entre otros.

Al llegar a consulta, Kevin se presenta como un niño tranquilo, obedece órdenes, lenguaje verbal ecológico, buen lenguaje comprensivo, la mayor parte de la entrevista paso con la cabeza agachada y balanceándose de un lado a otro, la madre comenta que se debe al medicamento que le está suministrando lo cual “le provoca sueño”, no utiliza materiales de juego, contacto visual nulo con terapeuta y padres, y por ende hay alteraciones del interés social.

En Kevin lo más notable es el repertorio repetitivo y restringido de patrones de conductas que se pronunciaba ante la presencia de otro; K. responde al llamado y a las órdenes, conoce el nombre y el funcionamiento de las cosas pero llega un momento en el que se ausenta, se pierde la relación con el otro y es ahí donde los patrones repetitivos retornan. Se toma estas estereotipias como un modo de defensa a ese otro intrusivo que viene a trastocar su mundo, se vuelve a esconder en su “caparazón”; hay un rechazo de la llamada del Otro, un rechazo a lo que el Otro pueda notificar con su palabra (Soler, 1997, p.168), en el momento en que esto viene a ser tomado como una demanda del Otro, es cuando rechaza cualquier inscripción significativa del exterior, hay una presencia insoportable y un sujeto que no se deja representar por el significante.

La existencia de una anómala comunicación extra verbal, de ausencia de actividad imaginativa, y una anómala búsqueda de apoyo en circunstancias de estrés son de igual manera muy significativas para un diagnóstico de autismo.

Fueron pocas las sesiones que se dieron con Kevin, por lo que no se vio mayor efecto terapéutico. En el tiempo que duró el tratamiento, las estereotipias cesaron a un 70%, por ende el tiempo de contacto con el otro incrementaron, soportaba la voz siempre y cuando se utilice un objeto de interés personal (en este caso el “señor sol”) como intermediario, se comienza el tratamiento cantando la canción del señor sol y es entonces donde el niño empieza a realizar las mímicas correspondientes. Por medio

de este objeto de interés privilegiado se pudo emplear un tratamiento individualizado dando paso a la creación de nuevas invenciones por parte del sujeto autista, posibilitándole el acceso a su propia subjetividad.

Tal como nos indica Axline, V., hay que tratar de no penetrar a la fuerza en su mundo interior, sino tratando de comprender la especificidad de su sistema de referencias, no hay que decirle nada que pudiera indicar un deseo por parte de verle hacer algo en particular. Es así como teniendo en cuenta la dimensión subjetiva partiendo de su posibilidad de elección como sujeto, se observaron pequeños logros.

Sin embargo hay algo que no quedó del todo resuelto y es la conducta que frente al ver y escuchar llorar a uno de sus compañeros en particular, su mundo se desmorona, no es ya el llanto o la voz de otro cualquiera que lo perturba, es uno en particular; esta conducta se manifiesta dos semanas antes de que dejara de asistir a las terapias.

Se recomienda como parte del proceso terapéutico, buscar métodos que alojen la particularidad del sujeto y acoger actividades que sean de su interés, para ayudar a insertarlo en un campo universalmente reconocido y de la misma manera lograr construir un vínculo social.

3.1.3 Caso “Cristhian”

La madre de Cristhian acude a consulta porque comenta, su hijo es inquieto, no tiene lenguaje, no obedece órdenes, aletea y aplaude constantemente, le gusta observar y jugar con el agua, no tiene noción de peligro, y hace rabietas frecuentes.

Como antecedentes, Cristhian es hijo de madre soltera, fue un embarazo no deseado; durante el periodo de gestación sufrió de anemia, se deprimió, y pasaba llorando, comenta que fue un proceso de embarazo muy difícil para ella. El parto se realiza término medio sin ninguna observación médica.

Al año y medio, Cristhian rechazaba a los abuelos (convive y pasa bajo el cuidado de ellos), perdió el habla, no obedecía órdenes y adquirió una actitud agresiva.

En la primera entrevista Cristhian llega de la mano de su madre, mantiene la mirada perdida como estando ausente, tiene poco interés en mantener contacto social, coge una caja de rompecabezas y lo empieza a morder, se le da la opción de que pueda jugar con ella pero parece no escuchar, no atiende al llamado por su nombre, no obedece órdenes, se autoagrede con manotazos en su oído y en ciertos momentos de frustración es agresivo con el otro: pellizca, da manotazos, hala el cabello.

Una de las características significativas para el diagnóstico de autismo es la relación del sujeto con el Otro, Cristhian no parece sentirse como perseguido por los signos de la presencia del otro, en particular por los objetos: mirada y voz como es tan característico, sino más bien un rasgo de anulación del Otro en cuanto evade la mirada, pareciera que fuera ciego o tuviera estrabismo, C. muestra un grado extremo de indiferencia hacia las personas que lo rodean.

Hay un gran número de perturbaciones corporales como se dijo anteriormente en relación a los ojos, incoordinación del movimiento y la marcha. Del mismo modo un rechazo de la llamada del Otro, el rechazo de lo que el Otro pueda notificar con su palabra, pareciera como si fuera sordo.

C. tiene como fijación exclusiva, un cierto tipo de erotismo, por ejemplo el de andar lamiendo y chupando todo lo que se le presenta. Se observa un funcionamiento subjetivo que empuja hacia un comportamiento obsesivo realizado sin posibles equívocos, y hacia el goce autoerótico, todo como respuesta frente a un Otro demasiado sonoro y angustiante.

Como respuesta a la intervención con Cristhian, se constata que para obtener algún tipo de contacto visual (terapeuta- niño) frente a la anulación del Otro, es necesario que nada se mueva, anular los signos de la presencia

de ese otro intrusivo, como dice Colette Soler en su libro “Fuera de discurso: Autismo y Paranoia” (2005). De este modo se recibe un efecto terapéutico, mediante este método se desarrollan nuevos aprendizajes, para esto fue necesario que terapeuta se esfuerce en no decir nada que pueda mostrar un deseo en verle realizar algo en particular, que cualquier cambio venga de la subjetividad del propio sujeto, a partir de este acontecimiento Cristhian empieza buscando ayuda en momentos de frustración, no ve más a la terapeuta como un objeto extraño.

Es necesario, menciona Antonio Di Ciaccia, de la necesidad de un “forzamiento suave”, pues al niño autista le es necesario un impulso exterior para ponerse en marcha, este forzamiento se apoya en los intereses del sujeto, tiene sus raíces en la dinámica subjetiva.

3.1.4 Caso “Gabriel”

Gabriel llega a sesión a los ocho años de edad, quien es llevado por sus padres quienes observan conductas del niño que no son “normales” en comparación a otros niños de su edad. Los padres refieren que es un niño tranquilo, le gusta ver televisión y comer, agradece al hermano menor, grita y se irrita para lograr que le den lo que quiere, aletea, tiene la mirada perdida, presenta risa sin motivo, parece no escuchar –no tiene lenguaje-, sialorrea continua, es un niño ansioso y autoritario.

G. es hijo de padres casados, el tercero de cuatro hermanos, la madre cuenta que el embarazo fue deseado, planificado. El estado durante el periodo de gestación fue aparentemente sano, salvo de infección a las vías urinarias tomando medicamentos bajo prescripción médica. El parto fue realizado por cesárea.

El desarrollo psicomotor del niño fue aparentemente normal, caminó al año siete meses, siendo así el de lenguaje hasta el año. La dificultad fue descubierta por la madre, a partir de esta edad cuando empezó a presentar las siguientes manifestaciones: pérdida de lenguaje, no se integraba ni compartía juegos, parecía no escuchar, no imitaba, sialorrea continua, dejó de caminar; lo cual llevó a la madre a buscar ayuda en hospitales y centros de desarrollo, realizándole los respectivos exámenes: Electroencefalograma, Potencial de evocados y radiografía de cadera y psicóloga particular la misma que le comentó que busque ayuda para confirmar su impresión diagnóstica de Autismo.

Al efectuarse la primera sesión, G. se presenta fenomenológicamente como un niño tranquilo, obedece órdenes, se evidencia una alteración en el área comunicativa y social, buen lenguaje comprensivo y gestual: a través de los mismos comunica sus necesidades, se irrita cuando levantan la voz, buen proceso de desarrollo de abstracción y memoria, mueve constantemente sus manos a la vez que hace sonidos con su boca.

Una característica significativa en este caso es la pérdida de las funciones del habla y motricidad al año de edad, cuando el paciente aparentemente había adquirido un desarrollo normal. G. por tanto manifiesta ciertos rasgos autísticos como son la alteración en el área comunicativa, de interacción social, repertorio repetitivo de conductas y mirada perdida; se detecta una ruptura de la relación especular con el Otro y por ende de la cadena de significantes.

Marita Manzotti (2012) indica que al considerar al niño autista en la vertiente de los trastornos de subjetivización, la estructura “no se concibe sin decisión”, hay en estos niños una insondable decisión del ser de no ceder al significante, a mantenerlo al otro al margen y desestimar la afectación del trauma, a no quedar afectados por la marca de la lengua, que agujerea el cuerpo, por lo que hace de la lengua una lengua muerta; vemos a G. realizar el mínimo intento de interacción social.

Por otro lado Lacan señala que “si los autistas no escuchan es porque se están escuchando a sí mismos”, a partir de esto se ubica la clínica del S1; todo lo que del goce es goce Uno, todo lo que del goce parece funcionar sin otro, de aquí la imposibilidad del lazo social.

G. llega a la primera terapia con una alteración de la interacción social, no compartía intereses y no respondía a los afectos, pareciera no haber cosa que le llamase la atención, podía pasar horas sin realizar actividad alguna. Sin embargo un día sorprendió a terapeutas en la hora de recreo, que era tan normal que se quedara sentado en una esquina con la mirada fija en su mano que se movía descoordinadamente al mismo tiempo que emitía sonido con su boca; tal día unos niños jugaban a las “cogidas”, G. los observaba, se reía, volvía al movimiento de sus manos, hasta que de pronto sin insistencia alguna se integra al juego, y como si hubiera entendido la metodología del mismo, seguía las reglas y las órdenes de los demás compañeros; ese fue el principio de muchas interacciones sociales como en la hora de socialización, de deportes, de natación, etc.

Me lleva a pensar a lo que dice Maleval en su libro “¡Escuchen a los autistas!” (2012), sobre que un sujeto autista “aprende a menudo, e incluso mejor, por la tangente que cuando es confrontado directamente y sin escapatoria posible a la tarea en cuestión. Aunque tenga la apariencia de estar ausente, observa y aprende a través de los otros niños, y luego podrá reproducir lo que ha visto hacer a otros”.

Jean Maleval señala que los logros más elevados en el funcionamiento social de sujetos autistas han sido obtenidos por las vías de iniciativas singulares, permitiendo que se den pasos a las invenciones del otro. Se efectuaron por consiguiente terapias mediante juegos, esforzándonos en no

decirle nada que pudiera indicar algún deseo de verle hacer algo en particular.

Se realizaron técnicas de comunicación, tratando de no penetrar en su mundo interior, sino de comprender la especificidad de su sistema de referencias. Como dice Axline, V. no hay que proponerle al sujeto autista una solución preconcebida, Axline tenía la audacia de pensar que todo “cambio significativo” debe venir del propio sujeto.

CONCLUSIONES

Al concluir el trabajo de titulación es oportuno mencionar el por qué de la realización de esta investigación. Viene de un interés particular surgido en la intervención que duró aproximadamente ocho meses, que se realizó con niños diagnosticados autistas, y la presencia a nivel corporal que estos presentaban al mínimo acercamiento del Otro; se consideraron estos y otros síntomas que permitieron reconocer que la estructuración subjetiva no se había desarrollado en su totalidad.

En el trabajo investigativo se hace referencia al niño autista como un sujeto desubjetivado; en “La tercera”, Lacan (1993) señala que no hay estatuto simbólico del lenguaje sin la incorporación del falo por el cuerpo. En el niño autista hay forclusión del falo, por consiguiente no hay investidura libidinal y su goce no obedece al régimen de la castración, se habla de un nudo borromeo totalmente desarticulado.

Surge en el autista la dimensión de un goce del cuerpo que escapa a su dominio, indócil al significante al que rechaza, dice Laurent (1993). El síntoma del autista no se dirige al Otro, sino que es puro goce que parece funcionar sin Otro, su modo característico de presentación se debe al rechazo a valerse del lenguaje como aparato de goce.

A partir de aquello se manifiestan los modos de inquirir del cuerpo, sea a través de objetos externos o con el propio cuerpo. Éstos usos del cuerpo implican un modo de respuesta subjetiva frente a la persecución externa de las cuales parecen ser objeto, a través de estos usos se habla de una forma posible de tener un cuerpo y por tanto una forma de tramitación de lo real.

En la práctica diaria se encuentran intervenciones que no apuestan por un sujeto en el autismo, lo cual lleva al niño a encerrarse más en su propio mundo. Una de éstas es la teoría cognitivista que va por el lado de lo pedagógico, centrándose en el educar del sujeto, y que generalmente en el intento de querer regresarlo a la realidad, lo conduce a impases. Esta teoría ignora las particularidades del dirigirse autístico (ya sean por sus obsesiones, estereotipias, etc.) que de algún modo son soluciones que le han permitido entablar un lazo con el Otro e insertarse en el mundo social.

El trabajo del Psicólogo Clínico con orientación analítica, por tanto, es el de determinar el modo de lazo social que establece el niño con el Otro, es el saber escuchar lo que el paciente tiene que decir, respetando su particularidad, apelando al respeto de las invenciones elaboradas por el niño para contener la angustia, y a partir de esto construir nuevas posibles formas de abordaje clínico no dando lugar al desencadenamiento de crisis.

No se sabe a ciencia cierta por qué el autista no llega a hablar, pero sí queda claro que deben ser escuchados en sus producciones; derribar las críticas de comportamientos observables ligados a hipótesis de déficits cognitivos. La intervención clínica por ende, apunta a acoger el dirigirse del sujeto autista, no intentando traerlo al mundo sino respetando el de ellos creando un dispositivo en tanto regulador de goce, consiste en definir espacios en que sea posible un acompañamiento.

RECOMENDACIONES

Para el trabajo con niños diagnosticados con autismo, es importante saber estudiar el caso por caso. Las teorías contemporáneas se centran en una metodología igual para todos, pero de lo que no se percatan es que cada niño es diferente, es un sujeto de características propias, particular; diferente al resto a pesar de ser catalogado bajo un mismo diagnóstico clínico; no todos utilizan las mismas elaboraciones para un mismo fin.

De igual manera actualmente se necesita de profesionales afianzados sobre el tema del autismo, creando un equipo de trabajo multidisciplinario de: Psicólogo Clínico, Terapeuta Ocupacional, Rehabilitadora Física, Terapeuta de Lenguaje; en fin una finalidad de ramas de la ciencia que en conjunto permitirían un mejor desarrollo de las áreas afectadas del TEA.

BIBLIOGRAFIA

- Barrio, J.A. (2006) *Síndromes y Apoyos. Panorámica desde las ciencias y desde las asociaciones*. Madrid: FEAPS. Recuperado de: <http://www.feaps.org/archivo/publicaciones-feaps/libros/coleccion-feaps/308-sindromes-y-apoyos-panoramica-desde-la-ciencia-y-desde-las-asociaciones>.
- Brauner, A. (1996). *Vivir con un niño autístico*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Campos, C. (s, f). *Trastorno del espectro autista*. Revista: Tesis psicológica.
- Cazenave, L. (2013). *El autismo como modelo de la civilización*. Recuperado de: http://www.enapol.com/es/template.php?file=Textos/El-autismo-como-modelo-de-la-civilizacion_Liliana-Cazenave.html
- Colette, S. (1990). *Autismo y paranoia*. Buenos Aires: JVE ediciones.
- Chamorro, J. (2001). *Clínica de las psicosis*. Buenos Aires: ROLTA.
- ENAPOL. VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana (2012). *Hablar con el cuerpo. La crisis de las normas y la agitación de lo real*. Recuperado de: <http://www.enapol.com/es/template.php>
- Fejerman, N. (1994). *Autismo Infantil y otros trastornos del desarrollo*. Buenos Aires: Paidós.
- Fuentes, J. (2012). *Trastornos del espectro autista*. Recuperado de: <http://www.proyectoautista.org/definicion.html>
- Ganoza, Elida (Junio 2013). *Consideraciones sobre el goce, la lengua y el cuerpo en el autismo*. Nel Medellín, Nueva Escuela Lacaniana. Recuperado de: <http://nel-medellin.org/blog/consideraciones-sobre-el-goce-lalengua-y-el-cuerpo-en-el-autismo/>
- Iuale, L. (2008). *Las patologías graves de la subjetivación: un dispositivo para el abordaje*.
- Iuale, L. (2011). *Detrás del espejo: Perturbaciones y uso del cuerpo en el autismo*. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/libro.asp?idLibro=24511>
- Iuale, L. (2012). *Los usos del cuerpo en el autismo infantil*. Revista de investigaciones en Psicología, Universidad de Buenos Aires- Volumen 3. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/investigaciones.php?var=investigaciones/revistas/investigaciones/indice/resumen.php&id=354&anio=15&vol=3>

- Iuale, L. (2013). *Autismo Infantil: del cuerpo perturbado a los usos del cuerpo*. Recuperado de: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=2048>
- Irarrázaval, M., Brokering, W., Murillo, G. (2005). *Autismo: una Mirada desde la psiquiatría*. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000100007
- Isidro, P. (2009). *Implementación de un programa de modificación de conducta en niños diagnosticados Autistas*. Universidad Autónoma del Estado México. Recuperado de: http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Implementacion%20programa%20ninos%20autistas.pdf
- Lacan, J. (1957). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*.
- Lacan, J. (1980). *Discurso de clausura de las jornadas sobre el niño alienado, en "Psicosis Infantil"*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lacan, J. (1981). *Seminario 20, Aún*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1999). *El Seminario, Libro IV: Las relaciones de objeto*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1993). "La tercera", en *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Laurent, E. (2011). *El sentimiento delirante de la vida*. Buenos Aires: Colección Diva.
- Laurent, E. (2013a). Argumento del Enapol VI: *Hablar con el propio síntoma, hablar con el propio cuerpo*. Recuperado de: www.enapol.com
- Laurent, E. (2013b). *La batalla del autismo: de la clínica a la política*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Leclair, S. (2001). *Matan a un niño: Ensayo sobre el narcisismo primario y la pulsión de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lefort, Rosine & Robert. *Autismo y esquizofrenia*.
- Lijstinstens, C. (2012). *¿Qué nos enseña el autismo?*. Recuperado de: <http://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/008/template.asp?arts/Variaciones/Que-nos-ensena-el-autismo.html>
- Maleval, J.C. (2007). "Mas bien verbosos. Los autistas" Texto publicado en *Ornicar digital* 299. Recuperado de: <http://wapol.org/es/articulos/Template.asp?intTipoPagina=2&intPublicacion=5>

- Maleval, J.C. (2008). *La estructura autista*, conferencia en el Departamento de Autismo y Psicosis en la infancia. Buenos Aires: Paidós.
- Maleval, J.C. (2012). *¡Escuchen a los autistas!*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Mannoni, M. (1965). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Edición Nueva Visión.
- Mannoni, M. (1979). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Manzotti, M. (2008). *Clínica del autismo infantil. El dispositivo soporte*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Marchesini, A. (2013). *Cuerpo y autismo. VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana*. Recuperado de http://www.enapol.com/es/template.php?file=Textos/Cuerpo-y-autismo_Angelica-Marchesini.html
- Miller, J., & Otros. (2003). *La Psicosis Ordinaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. (2012) *Embrillos del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Sper, E. (2013). *Usos del cuerpo en los autistas. VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana*. Recuperado de <http://www.enapol.com/es/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/Usos-del-cuerpo-en-los-autistas/Elena-Sper.html>
- Tendlarz, S. (2012). *Niños autistas*. Virtualia: Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana. Recuperado de: <http://virtualia.eol.org.ar/025/template.asp?Estudios/Ninos-autistas.html>
- Velásquez, F. (2003). *Autismo y psicosis en niño*. CID Centro de Investigación y Docencia de la NEL Sede Guayaquil. Seminario Internacional de Psicoanálisis.
- Weschler, M. (2010). *Chicos EXTRA ordinarios de padres comunes y corrientes*. Buenos Aires: Grama Ediciones.