



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**PROPUESTA DE UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, DESDE LA
CONCEPCIÓN DEL CUERPO, EN EL AUTISMO Y LA PSICOSIS
EN LA INFANCIA**

AUTOR:

Hugo Xavier Cuenca Guerrero

TUTOR:

Psi. Cl. Paulina Cárdenas Barragán, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

2015



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Hugo Xavier Cuenca Guerrero como requerimiento parcial para obtención del Título de Psicólogo Clínico.

TUTORA

Psic. Cl. Paulina Cárdenas Barragán, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

Psic. Cl. Alexandra Galarza

Guayaquil, a los 21 días del mes de Febrero del año 2015



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

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

Yo, Hugo Xavier Cuenca Guerrero

DECLARO QUE:

El trabajo de Titulación Propuesta de un diagnóstico diferencial, desde la concepción del cuerpo, en el autismo y la psicosis en la infancia; previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme a citas que constan al pie de páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente la Propuesta de un diagnóstico diferencial, desde la concepción del cuerpo, en el autismo y la psicosis en la infancia 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 21 días del mes de Febrero del año 2015

EL AUTOR

Hugo Xavier Cuenca Guerrero



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, Hugo Xavier Cuenca Guerrero

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Propuesta de un diagnóstico diferencial, desde la concepción del cuerpo, en el autismo y la psicosis en la infancia, cuyo contenido, ideas y criterios son de exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 días del mes de Febrero del año 2015

AUTOR:

Hugo Xavier Cuenca Guerrero

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y a mis profesores quienes impartieron los debidos conocimientos a lo largo de la carrera, y especialmente a mi tutora quien con paciencia y certeza supo guiarme durante el desarrollo del trabajo.

Agradezco a mis padres por apoyarme a lo largo de mis estudios y también mis amigos en especial a María de los Ángeles, Gabriela Bermeo, Sofía Guerra, Sally Tinizaray y Verónica Díaz por siempre estar presentes demostrando su apoyo, a pesar de las complicaciones y obstáculos.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres quienes me han dado su apoyo y ánimo para desarrollar y alcanzar mis metas, implantando en mí bases y valores morales, gracias a los cuales he logrado superar los distintos obstáculos y problemas que surgieron a lo largo de la carrera.

De igual manera a los distintos profesionales quienes con sus conocimientos buscan brindar un mejor apoyo y tratamiento a los niños que presentan las estructuras de autismo y psicosis en la infancia.



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

Psic. CI. Paulina Cárdenas Barragán, Mgs.

PROFESOR GUÍA O TUTOR

ÍNDICE GENEAL

RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	xi
Capítulo I: Recorrido histórico de los denominados enfermos mentales	13
1.1 La medicina en el antiguo Egipto	13
1.2 La influencia del cristianismo	14
1.3 La enfermedad mental en la psiquiatría	16
1.4 Los manuales de diagnóstico	23
Trastorno del Espectro del Autismo	24
Criterios diagnósticos	24
Capítulo II: El cuerpo en el psicoanálisis	29
2.1 El yo en relación con el cuerpo	29
2.2 El estadio del espejo y la concepción del cuerpo	32
2.3 Modelo óptico	34
2.4 La alienación y separación en la concepción del cuerpo	37
2.5 La metáfora paterna y el Nombre del Padre (NP)	40
2.6 Significación fálica	42
Capítulo III: Psicosis y Autismo infantil	44
3.1. Psicosis en la infancia	44
3.2 Autismo infantil	49
3.3 Análisis de un Caso	53
Conclusiones	58
Referencias Bibliográficas	60
Anexos	62
Cuadro de Severidad del Trastorno del Espectro Autista	62
Cuadro Comparativo de la psicosis en la infancia y el autismo	65

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad brindar al psicólogo clínico una herramienta para poder realizar un diagnóstico de manera clara y precisa con respecto a la psicosis y al autismo en la infancia.

Se consideró importante el realizar la propuesta de un diagnóstico diferencial del autismo y de la psicosis en la infancia, debido a la constante confusión que se genera entre ambas estructuras clínicas, lo que ocasiona dificultades para definir las y lo más grave aún, imprecisiones terapéuticas en la clínica y en el ámbito educativo.

Esta diferenciación buscará permitir desligar al autismo de la categoría que se ha implantado anteriormente colocándola como un caso más de psicosis, basándonos en los distintos fenómenos en el cuerpo que se presentan en cada una de ellas.

El trabajo se realizó con la modalidad de investigación. Se tomaron como referencias y aportes varios textos que ayudan al entendimiento de los distintos conceptos que se abordaron, entre los cuales destacan: autismo, psicosis, cuerpo en psicoanálisis, operaciones de alienación y separación, estadio del espejo, metáfora paterna; entre otros que se consideraron de gran importancia para la realización del presente trabajo, llegando a la conclusión de que la estructuración del cuerpo se produce de manera característica en las dos estructuras clínicas ya que existen procesos psíquicos que no se desarrollan en el autismo en comparación con los que logran darse en la psicosis en la infancia.

Palabras claves: Trastornos mentales, estructuración, procesos psíquicos, autismo, psicosis, desencadenamiento, cuerpo psíquico.

ABSTRACT

The present work has the purpose to provide clinical psychologists a tool to realize precise and clear diagnoses regarding psychosis and autism during childhood.

It has been considered important to realize a proposal of a differential diagnosis of autism and psychosis during childhood, due to the constant confusion that is generated between both structures, which causes difficulties to define them and still more serious, therapeutic imprecisions in clinical and educational ambits.

This distinction will separate autism from the category that has been instilled previously on, positioning it as another case of psychosis, based on the distinct phenomenon that is presented in the body in each case.

This work was realized in the form of investigation. Various texts have contributed and been taken as reference in the understanding of the distinct concepts that were addressed, among which stand out: autism, psychosis, the body in psychoanalysis, derangement and separation operations, mirror stage, paternal metaphor; among others that were considered of great significance for the realization of this work, arriving to the conclusion that the structuring of the body is produced in a characteristic way in both clinical structures since there are already existent psychic processes that are not developed during autism when compared with the ones given over psychosis during childhood.

Key Words: Mental disorders, structuring, psychic processes, autism, psychosis, trigger, psychic body.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se desarrollará como una investigación de las estructuras de la psicosis y el autismo en la infancia estableciendo relaciones y diferencias alrededor del concepto de cuerpo en la teoría psicoanalítica, que permitan precisar los fenómenos corporales que las caracterizan y que dan cuenta de operaciones en la estructuración psíquica que no se dan o fallan al momento en que deben producirse.

Por varias décadas se ha abordado la temática de la psicosis en la infancia, también denominada como psicosis con desencadenamiento temprano, desde algunos fundamentos; en primera instancia estudios que proponen una causalidad orgánica, hasta otros que abren interrogantes por la causalidad psíquica; así, se llegan a ubicar características específicas en relación a la construcción del cuerpo, rasgos que en la actualidad, con el incremento de casos de autismo, generan confusión para establecer diagnósticos.

Para poder desarrollar el trabajo tomaremos como marco teórico los estudios realizados por varios autores desde la psiquiatría, en un recorrido histórico conceptual en relación a las dos estructuras, partiendo desde las primeras concepciones de las denominadas “enfermedades mentales” hasta los conceptos de autismo y psicosis en la infancia propuestos por destacados psicoanalistas del siglo pasado hasta la actualidad, en su intento por separarlos de criterios establecidos en los denominados manuales de diagnóstico.

Desde el psicoanálisis lacaniano, se establecerán los distintos procesos psíquicos y los mecanismos particulares que se deben presentar para la elaboración de una imagen corporal, la estructuración y la apropiación del cuerpo; como también las problemáticas y limitaciones que se presentarán en el sujeto ante la falta o insuficiencias de dichos procesos y mecanismos.

Posteriormente se abordarán las estructuras del autismo y la psicosis en la infancia, focalizando los problemas que se presentan en torno a la apropiación del cuerpo; los cuales dan como resultados, la aparición de ciertos comportamientos bizarros que llaman la atención del entorno; modos que están relacionados con la falta o inadecuada aparición de ciertos mecanismos o procesos, en determinadas etapas de estructuración psíquica en el niño.

Para un mejor entendimiento de los conceptos expuestos a lo largo del trabajo de titulación, se desarrollará al final del mismo, el análisis del caso investigado por Philippe Pinel en el año 1797, conocido como “El salvaje de Aveyron”; en el cual se intenta establecer por qué se lo considera un caso de psicosis y no más bien un caso de autismo, tomando en consideración los comportamientos bizarros distintivos que se presentaron en la infancia.

Capítulo I: Recorrido histórico de los denominados enfermos mentales

Para poder iniciar el presente proyecto de investigación, es pertinente partir desde los primeros estudios que surgen en relación a las denominadas enfermedades mentales, al igual que investigar los avances iniciales en el campo de la medicina clínica en el tratamiento de dichas enfermedades, pues estos aportes ejercieron luego gran influencia en lo que posteriormente se desarrollarían como conceptos de autismo y de psicosis en la infancia.

Para poder realizar este recorrido histórico tomaremos como referencias lo trabajado por Maritta Manzoti en el texto “Autismo Infantil, límites y posibilidades” (1996); en el cual presenta cómo las primeras teorías médicas en el tratamiento de las enfermedades mentales estaban relacionadas con la magia.

Los primeros procedimientos se presentaron en Babilonia en los años de 1800 AC, en los que se determinaba la enfermedad mediante la observación del hígado y las artes adivinatorias; el tratamiento de las enfermedades se efectuaba a través de conjuros y la práctica de rituales de exorcismo. (Manzotti, 1996, p26)

1.1 La medicina en el antiguo Egipto

En el antiguo Egipto se evidenció un gran avance en los conceptos de la medicina, pues el estudio de las enfermedades fue desarrollándose con mayor nivel científico; pero a pesar de dichos progresos seguía introduciéndose la magia, llegando a colocarse en un mismo plano a la ciencia, la magia y la religión. En este periodo se establece una importante influencia religiosa, pues se les atribuye a los demonios el padecimiento de diferentes enfermedades; y de la misma manera, se consideraba que las enfermedades eran una manifestación de la ira de los dioses. Frente a estos padecimientos, en esta época, la búsqueda de la cura se establece a través de la oración o con la ayuda de un contra brujo, quien utilizando

invocaciones divinas y sustancias que repelían al mal, intentaba combatir la posesión demoniaca, considerada el origen del problema.

Los avances realizados en el antiguo Egipto se tomaron como bases para la formación de las antiguas escuelas médicas, entre las cuales las de mayor importancia e influencia fueron:

Escuela de Alejandría: Aquí se realizan las primeras mediciones y análisis de pulso, se logran diferenciar las parálisis motoras y sensibles, además de centrarse en la ingestión y el consumo de alimentos.

Escuela de los empíricos: No se interesan por las causas de la enfermedad pues priorizan el tratamiento; es decir, se ocupan en desarrollar terapias basadas en medicamentos que apunten a la desaparición del síntoma.

Escuela de los metódicos: generan un concepto de enfermedad basándose en el conocimiento de los átomos, considerándola como un trastorno que afecta a todos los elementos de una estructura orgánica, siendo por ello necesario analizar el tamaño, forma y movilidad de todas las partes hasta la más ínfima, para detectar cualquier alteración o mal funcionamiento que conlleve al padecimiento en el sujeto.

Escuela neumática: Toman como base el aire como dador de vida, en donde los pulmones refrescan el calor que se produce por el corazón. De tal manera que un mal funcionamiento de los pulmones conllevaría al malestar en el sujeto.

1.2 La influencia del cristianismo

El cristianismo juega un importante papel en la historia de los enfermos mentales. En este periodo se sostiene que la enfermedad se presenta como un castigo debido a los pecados cometidos por la persona; por ello la cura consistía, en el arrepentimiento del enfermo y, en los rezos que lo liberarían de la dolencia, de tal manera que el tratamiento era dirigido específicamente por los miembros de la iglesia.

Se establece la medicina monacal, en donde los monjes eran los encargados del cuidado y tratamiento de los enfermos, los cuales eran aislados debido a que se los consideraban seres impuros y de gran riesgo (por temor a epidemias) para la sociedad. Como los monasterios contaban con grandes espacios físicos para la atención a los enfermos, la iglesia empieza a asumir el control y el manejo de estos lugares, que luego llegan a ser destinados para el tratamiento de enfermedades, y que posteriormente vienen a denominarse como “hospitales”. Es en el siglo XIII donde la dirección y manejo de los hospitales pasan a manos de los gobiernos municipales; de esta forma el control, cuidado y tratamiento de los enfermos recae en las autoridades de cada uno de los municipios de las distintas ciudades influenciadas por la cultura occidental. En la edad media se introduce por primera vez el término de enfermedad mental, denominándose enfermos mentales a todas las personas que presentaban comportamientos bizarros y se encontraban reclusas por ese motivo en distintos hospitales.

El movimiento filosófico del romanticismo tuvo gran influencia en el desarrollo de las enfermedades mentales, pues en esta época las enfermedades mentales eran consideradas como un desequilibrio entre las tres funciones más importantes en el organismo de las personas, que son: la reproducción, la irritabilidad y la sensibilidad. Además, se determina la importancia de la relación entre el médico y el paciente, contrarrestando lo considerado en años anteriores, en donde el médico solo se interesaba por la desaparición de los síntomas; instaurándose de esta manera una mejor comprensión e importancia de las causas de los síntomas en el sujeto.

En el siglo XIX la medicina clínica genera un importante cambio, se presenta la segmentación de los distintos estudios de la medicina relacionándolos con los diferentes órganos, permitiendo un mejor análisis y tratamiento de las enfermedades. También se estableció la experimentación como una herramienta para la investigación de los diferentes padecimientos. Se genera el concepto de anatómico-funcional y la aparición de la medicina

preventiva como nuevos métodos o respuestas para optimizar el manejo de los distintos padecimientos que se presentaban en ese tiempo.

1.3 La enfermedad mental en la psiquiatría

En el siglo XIX la medicina inicia su desarrollo moderno, se enriquece ante el conocimiento del funcionamiento específico de los órganos y de esta manera pueden modificarse los tratamientos de acuerdo a cada malestar. Aquí se presenta un cambio en la percepción de la figura tradicional del médico, pues la presencia del médico viejo quien era valorado por sus años de ejercicio y experiencia, se reemplaza por el médico joven, quien tiene mayor conocimiento en la actualización y los avances científicos de la medicina.

A partir del conocimiento de las funciones de los distintos órganos y su relación con diferentes dolencias, se abren interrogantes frente a aquellas enfermedades cuyos síntomas no se relacionan con una patología orgánica; generándose posibilidades de respuesta en la causalidad psíquica. A partir de aquí se llega a establecer que en ciertos casos la presencia de algún malestar estaba relacionada con la estructura psíquica y no con un hecho orgánico determinado.

“La psiquiatría se instituyó, pues al principio como una búsqueda de la nosografía de especies mórbidas y su tarea más importante fue la de describir cuadros clínicos y evoluciones típicas. Debiendo proporcionar el esquema indispensable para la observación, diagnóstico y pronóstico de los trastornos mentales, para establecer así las formas típicas de la enfermedad, las leyes de su evolución”.
(Manzotti, Autismo infantil límites y posibilidades, 1996)

Es Eugene Bleuler quien introduce el término de esquizofrenia en 1911, para denominar a aquellos procesos que consistían en una forma de locura que se caracterizaba por el avance gradual de la enfermedad hasta presentarse la debilidad psíquica y las limitaciones afectivas que conllevaban al sujeto a un estado que se lo denominó como de vida “autística”, en donde

el enfermo no podría establecer ningún vínculo afectivo con otras personas, debido a que no tenía control de estos procesos.

Como se ha podido observar el concepto de enfermedad mental ha aparecido en diferentes momentos en la historia del hombre, desarrollándose después en las primeras teorías médicas, donde la magia y la religión tomaron un papel importante; pero es el transcurso de los distintos avances científicos que se logra establecer el concepto de enfermedad mental tomando como base conocimientos netamente científicos. Del mismo modo el concepto de autismo tuvo algunas transformaciones importantes, pues al igual que otros trastornos, permaneció relacionado en un principio, también con conceptos de magia y religión, en donde el niño que presentaba ciertas conductas bizarras (babeo, arranques de ira, insensibilidad a los golpes, entre otras) era calificado como un ser divino; sus extrañas manifestaciones comportamentales eran consideradas por los miembros de su comunidad como manifestaciones de los dioses. A medida que se fueron desarrollando distintos estudios respecto a esta estructura, el concepto de autismo fue cambiando y desplegándose las investigaciones en torno al tema desde distintos enfoques.

Son muchos los estudios aportados alrededor de este tema y por ello se cree necesario conocer cómo han evolucionado los distintos conceptos de autismo expuestos por algunos autores representativos a lo largo de la historia, en especial, aquellas contribuciones que ayudaron a la diferenciación y a la separación del autismo de la estructura psicótica; contribuciones sintetizadas por Marita Manzotti en el texto "Autismo infantil, Límites y posibilidades" con el que continuaremos trabajando.

Tomando como referencia el texto de Manzotti, Autismo infantil límites y posibilidades, 1996. La psiquiatría tuvo gran influencia y desarrolló las primeras nociones que se tomaron como base para la diferenciación y el diagnóstico de la estructura autista, siendo Leoner Kanner uno de los primeros psiquiatras que elabora pautas para el diagnóstico del autismo, presentando así, diez parámetros descriptivos para su detección, como:

- 1) Se presenta la “soledad autista”, donde el niño muestra gran dificultad para relacionarse con las demás personas.
- 2) El niño fracasa al asumir una postura anticipatoria cuando se le va a coger en brazos.
- 3) Se registran problemas en el habla: incluso se puede llegar a la confusión de considerarlos sordos, tiene grandes dificultades ante la utilización de pronombres y la aparición de ecolalias retrasadas.
- 4) Se presenta en el niño un deseo obsesivo y la angustia por la presencia de cambios.
- 5) La espontaneidad en el niño está en gran parte limitada.
- 6) La reacción del niño aparece frente a intrusiones externas como pueden ser ruidos y movimiento de objetos, se muestra pasivo en ausencia de ellas.
- 7) El niño muestra gran interés hacia los objetos y así mismo puede tomar a las personas como objetos fragmentados.
- 8) Se presenta en el niño una gran capacidad para memorizar.
- 9) A nivel físico no existe ninguna anomalía, presenta buen potencial cognoscitivo y una mentalidad seria.
- 10) Se considera que provienen de familias con alto índice de inteligencia.

De esta forma Leoner Kanner coloca las primeras pautas o parámetros para realizar un diagnóstico de autismo; pero más adelante, Hans Asperger continúa realizando importantes contribuciones en el tema.

El psiquiatra Hans Asperger presenta un concepto más amplio que Kanner, denominándolo “psicopatología Autista”. Su mayor aporte consta de lo que se conoce hasta la actualidad como el Síndrome de Asperger, el cual se muestra en niños con un alto grado de inteligencia además de un desarrollo de lenguaje avanzado, pero que manifiestan una imposibilidad parcial o total para establecer un lazo social con el otro.

Aunque Asperger hace referencia a las complicaciones que el niño autista tiene para relacionarse, también destaca a los fenómenos corporales al igual que a los fenómenos expresivos que conllevaban a la falta de la integración social, colocándola como la característica más significativa del autista.

Asperger resume en un listado las características de mayor importancia en el autismo, así como:

1. La incapacidad para establecer contacto visual.
2. Pobreza de gestos y expresiones faciales.
3. La presencia de movimientos estereotipados sin ningún significado.
4. La presencia del lenguaje es anormal o incluso la falta de él.
5. No acogen las exigencias del medio, el niño solo obedece a sus propios impulsos.
6. Se presentan áreas aisladas de interés.
7. Se crean nuevas palabras por parte del niño.

Posteriormente Margaret Mahler centra sus investigaciones en torno al autismo dentro de la estructura psicótica. Contribuye con lo que se denomina psicosis simbiótica y psicosis autística, coincidiendo con el trabajo realizado por Kanner, al relacionarlo con la adquisición psíquica a través del proceso de separación-individuación.

Mahler (Manzotti, 1996) establece tres fases que se desarrollan en este proceso de separación-individuación:

- 1) Fase pre simbiótica o fase de Autismo normal:

Se presenta entre las 3 ó 4 primeras semanas del niño, no existe una diferenciación entre el niño y el entorno que lo rodea.

2) Fase de simbiosis normal:

En esta fase ingresa la presencia del otro, el niño se da cuenta que no es por cuenta propia que se satisfacen sus necesidades, sino que es este otro que lo ayuda a sobrevivir.

3) Fase de separación-individuación:

Para Mahler, el autismo se genera ante la imposibilidad del niño de generar este proceso de separación-individuación.

El psiquiatra Bruno Bettelheim en sus estudios con referencia a los casos de autismo, localizó la causa del Autismo en la falta de determinadas experiencias tempranas que deben presentarse en el niño, las mismas que permiten la constitución del yo y la separación del otro; y también, la no operación de ciertos acontecimientos ambientales en momentos críticos de la constitución subjetiva. En consecuencia el autismo es causado por la carencia de estos dos acontecimientos claves.

Bettelheim sostuvo que el sistema nervioso central en los niños autistas se encuentra totalmente desarrollado, de tal manera que no se puede aducir su origen a una deficiencia sino más bien a una falta de potencial por parte del niño; el ambiente en el que el niño autista se desenvuelve tales como el ambiente familiar y el ambiente social, cobran relevada importancia para este investigador.

Otro psiquiatra, Francés Tustin, elaboró un trabajo en base a la relación del autismo con el cuerpo, refiriéndose en él a las sensaciones de satisfacción y de malestar que se presentan el niño a nivel corporal; estas sensaciones que se relacionan con la concepción y el conocimiento de un cuerpo como propio. "Así pues el autismo en el sentido en que lo utiliza es; un estado en el que predomina la sensualidad y en donde la atención está centrada casi exclusivamente en ritmos y sensaciones corporales" (Manzotti, Autismo

infantil límites y posibilidades, 1996) (Herrera, 2013) (Soler, 1991) (Laurent, 1991)

Tustin indicó la existencia de una fase autista en la primera infancia, pero manifestada en la incapacidad del niño de separarse de la madre y percibir las experiencias de “no/sí mismo”, experiencias ajenas del mundo exterior, que sin la presencia de los cuidados de la madre no podría sobrevivir. Al hacerse consciente la existencia de estas experiencias y la constitución de “no/sí mismo”, se le dan oportunidad al niño de abandonar esta fase autista.

Estos últimos avances, contribuyen al surgimiento de nuevas concepciones referentes al tema del autismo. El movimiento conductista llega a plantear lo que se denominaron “Teorías del déficit”, generando estudios en base al desarrollo de un niño normal en contraste con un niño con diagnóstico de autismo. El mayor aporte de las teorías conductistas es realizado por O. Ivar Lovaas quien se centró en la inserción del niño autista en el lenguaje con el uso de técnicas conductuales, buscando alternativas que permitan incorporarlo en lo social, por medio de la escolarización y del entrenamiento de conductas poco aceptables para el otro.

Sus objetivos fundamentales eran la implantación del lenguaje y las habilidades básicas del aprendizaje de este tipo de niños. La metodología de sus programas tenía una estructura férrea dentro de la más estricta línea de la teoría del aprendizaje, en un entorno hospitalario y la guía teórica del conductismo. (Manzotti, Autismo infantil límites y posibilidades, 1996)

Otro tema que abordó Ivar Lovaas es la conducta del niño autista, en el sentido que ella le imposibilita generar un lazo social; pues adolece de lo que denominó como “control interno”. El niño autista no puede controlar sus conductas, pero a través de reforzamientos puede aprender a mejorar en aquellas conductas que le impiden el lazo social.

Los psicólogos Niko y ElixabethTimbergen consideraron que para el diagnóstico del autismo, se debe ubicar el tipo de conducta que presenta el niño autista, situando como característica principal las limitaciones para entablar un lazo con el otro; de este modo, centraron al niño autista como un sujeto fuera de todo lazo social. Estos autores presentan a la condición autista como un desequilibrio emocional debido a experiencias perturbadoras originadas en la primera infancia. Aunque también consideraron la genética y los antecedentes familiares como influencia para el desarrollo del autismo, indicaron que estos solo influyen en el grado y la vulnerabilidad del niño ante las presiones ejercidas.

Pueden decir que son los factores del entorno, en especial los aspectos de la interacción madre-hijo, los que tienen mayor peso en la etiología del autismo. Por ello la terapia del abrazo madre-hijo permite la cura de estos niños sin que presente patologías orgánicas residuales. (Manzotti, Autismo infantil limites y posibilidades, 1996)

Niko y ElixabethTimbergen (1996), realizaron un listado de peculiaridades en la conducta del niño autista, en las cuales se observan las siguientes:

- a) Alto nivel de fracaso en las relaciones sociales.
- b) Impedimento para desenvolverse en un ambiente no familiar.
- c) Problemas en el nivel del lenguaje.
- d) Presencia de conductas estereotipadas.
- e) Renuencia a cualquier cambio en su mundo tanto físico como social.
- f) Manifestación de algún grado de retraso en general, pero también existencia de momentos de excelente rendimiento.
- g) Dificultades al dormir.

De la misma manera el cognitivismo jugó un importante papel ante el desarrollo del concepto y la evolución de la estructura autística. Es R. Peter Hobson quien inicia estableciendo las condiciones biológicas y orgánicas como los factores principales del autismo y la conexión del autismo con el retraso mental.

Presenta lo que se denomina la predisposición genética, no totalizando los casos sino refiriéndose a un gran porcentaje de incidencia de autismo ante factores hereditarios y genéticos.

Desde la perspectiva psicológica el autismo es relacionado ante las experiencias subjetivas de cada persona. “Los autistas poseen un concepto limitado de la naturaleza de las personas como seres que poseen experiencias subjetivas y orientaciones psicológicas en relación al mundo”.

1.4 Los manuales de diagnóstico

Dentro del ámbito de la psiquiatría se vio la necesidad de generar pautas para la diferenciación de los signos y síntomas presentes en los distintos trastornos mentales, entre ellas el autismo. Como respuesta a esta demanda, se crearon los denominados manuales de diagnóstico, pues se instauraron como una herramienta importante para determinar el trastorno mental presente en el individuo, ya que proporcionan descripciones claras de las distintas estructuras psicopatológicas, las cuales constituyen un gran aporte para la planificación posterior del tratamiento psicológico. La utilización de estos manuales para la clasificación de las distintas patologías mentales, encasillando y diferenciando unos trastornos de otros a través de un sistema de codificación, permitió incorporar -según la perspectiva psiquiátrica- incorporar mayor rapidez en la identificación de los cuadros sintomáticos observados por los profesionales a cargo.

Entre los manuales más importantes e influyentes que se han elaborado se presentan el DSM y el CIE, que en sus versiones actuales existen la quinta y la décima, respectivamente.

El autismo desde el DSM V

El DSM V o manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición, presenta pautas precisas para los diferentes trastornos mentales. Dentro de los diferentes desórdenes se encuentra el trastorno del espectro del autismo, junto con los denominados criterios que debe cumplir el sujeto para poder ser diagnosticado en dicha nomenclatura o nosología.

Hemos extraído los criterios de diagnósticos que se presentan en el DSM V para el trastorno del espectro del autismo.

Trastorno del Espectro del Autismo 299.00 (F84.0)

Criterios diagnósticos

A. Déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

1. **Déficits en reciprocidad socio-emocional**; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones; a una disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; a un fallo para iniciar la interacción social o responder a ella.

2. **Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social**; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresividad emocional o de comunicación no verbal.

3. **Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones**; rango de comportamientos que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir juegos de ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos

B. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos *dos* de los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

1. **Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos** (ejs., movimientos motores

estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. **Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado** (ejs., malestar extremo ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales para saludar, necesidad de seguir siempre el mismo camino o comer siempre lo mismo).

3. **Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco** (ejs., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. **Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno** (ejs., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos.

C. **Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano** (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).

D. **Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas** a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.

E. **Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo.** La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia coocurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.

Nota: Los individuos con un diagnóstico DSM-IV bien establecido de trastorno autista, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado, deben recibir el diagnóstico de trastorno del espectro de autismo. Los individuos que tienen marcados déficits en comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios para el trastorno de espectro de autismo, deberán ser evaluados para el trastorno de comunicación social (pragmática).

Especificar si:

- **Se acompaña o no de discapacidad intelectual.**
- **Se acompaña o no de un trastorno del lenguaje.**
- **Se asocia con una condición médica o genética o con un factor ambiental conocido** (*Nota de codificación: use un código adicional para identificar la condición médica o genética*).
- **Se asocia con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento** (*Nota de codificación: use otro(s) código(s) adicional(es) para identificar el trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado*).

- **Con catatonía** (hacer referencia a los criterios de catatonía asociada con otro trastorno mental) (**Nota de codificación:** use el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada con trastorno del espectro de autismo para indicar la presencia de catatonía comorbida). (Association, 2013)

Retomando el tema de investigación, se puede observar que existieron diferentes concepciones o clasificaciones alrededor del autismo dentro de los manuales de diagnóstico; como referencia se pueden señalar las distintas categorías diagnósticas asignadas al autismo dentro de los DSM en sus diferentes versiones; así en su primera publicación, el autismo se encontraba dentro de la estructura de la psicosis, y al desarrollarse el DSM II el autismo es nombrado como Esquizofrenia Infantil, pues se consideraba que compartía rasgos o síntomas similares que la psicosis; pero es en el DSM III que se coloca el trastorno autista desligado totalmente de la patología de la psicosis y a medida de los avances que se realizaron dentro de la psiquiatría en la versión del DSM IV, se lo ubica dentro de los denominados trastornos generalizados del desarrollo. Mientras que en la nueva versión del manual, el DSM V, se lo nombra de diferente forma, ya que no se habla de un trastorno autista sino más bien de un Trastorno del Espectro del Autismo que integra varias tipologías. De esta forma se ha desarrollado dentro de la psiquiatría la estructura del autismo.

El autismo desde el CIE10

De igual forma en el CIE 10 o Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, se presentan un listado de los trastornos mentales junto con las pautas o características que deben cumplir para el debido diagnóstico. Es una importante herramienta en la psiquiatría, ya que a través de la codificación se da una clasificación, que permite con mayor facilidad determinar la patología del paciente.

De esta forma el autismo es considerado dentro de esta clasificación y se lo ha colocado en la sección de los denominados trastornos generalizados del desarrollo.

Se ha extraído del CIE 10 la sección donde se muestran los criterios de diagnóstico del autismo infantil, para establecer relaciones con el DSM V expuesto anteriormente, y su incidencia en el diagnóstico psiquiátrico y psicológico.

Criterios de diagnóstico del CIE 10

F84 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

F84.0 Autismo infantil

A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad. Deben estar presentes en al menos una de las siguientes áreas:

- 1) Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
- 2) Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.
- 3) Juego y manejo de símbolos en el mismo.

B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3), incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):

1) Alteración cualitativa de la interacción social recíproca. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes áreas:

- a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.
- b) Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
- c) Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.
- d) Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés del niño).

2) Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos, una de las siguientes cinco áreas:

- a) Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso a gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).

b) Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado).

c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.

d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.

3) Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anomalías demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:

a) Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.

b) Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente.

c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo.

d) Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).

C. El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socio-emocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia (F94.1) tipo desinhibido.(F94.2)

A retraso mental (F70-72) acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz ni a síndrome de Rett (F84.2). (OMS, 2001)

Los manuales de diagnóstico se han presentado desde sus inicios hasta la actualidad, con el fortalecimiento de las neurociencias para el tratamiento de los malestares contemporáneos, como herramientas de gran ayuda al momento de identificar las distintas patologías en el sujeto; su presencia en el diagnóstico clínico de las enfermedades mentales se mantiene debido a que aportan criterios o síntomas precisos que facilitan identificar qué tipo de trastorno se manifiesta e iniciar el tratamiento pertinente, que incluye la ingesta de fármacos para atenuar o suprimir el síntoma. Los manuales de diagnóstico intentan ubicar al enfermo dentro de una categoría colectiva, que no toma en consideración la subjetividad del paciente de modo que apunta a un tratamiento lineal para “todos”.

Capítulo II: El cuerpo en el psicoanálisis

En el presente trabajo se abordarán conceptos psicoanalíticos de gran importancia que permiten comprender los distintos procesos psíquicos que el sujeto debe atravesar para establecer la estructuración de un cuerpo propio. El estudio de estos procesos psíquicos, se hace necesario porque en ellos el sujeto colocará las bases principales para instituir una apropiación de la imagen corporal como unidad y que permita hacer uso de la misma.

La concepción del cuerpo dentro del psicoanálisis, según varios autores tanto del psicoanálisis como otras corrientes psicológicas que trabajan sobre este tema, va teniendo cambios en el desarrollo de la clínica, pues en un primer momento estuvieron correlacionados con lo biológico y lo orgánico, hasta que posteriormente se abren interrogantes por la causalidad psíquica.

Freud, siendo el precursor del psicoanálisis, es uno de los autores que ha aportado en gran medida alrededor del tema del cuerpo. Inicia sus planteamientos desde lo que él denomina la pareja de lo orgánico y lo psíquico, en donde se establece una relación entre el cuerpo como organismo vivo, y la imagen del mismo construida en nuevo ordenamiento, en la estructura psíquica del sujeto; lo que Lacan vendrá después a denominar el cuerpo simbólico, que da soporte al cuerpo estructurado a través de varios procesos psíquicos.

Además, Freud (Brousse, 2001) plantea la relación del cuerpo y la erogenidad, que quiere decir el goce, refiriéndose a la localización del goce en diferentes zonas del cuerpo, a las que denomina “zonas erógenas”, ya que el sujeto recibe satisfacción a través de estas zonas. Otro punto importante que plantea Freud, es su tesis del cuerpo como superficie y su teoría del narcisismo.

2.1 El yo en relación con el cuerpo

La estructuración del yo en el sujeto está directamente relacionada con la imagen del cuerpo, esta imagen que se obtiene gracias al Otro; este otro que

se muestra como una unidad, una imagen totalizadora para el niño que le permite identificarse y de tal manera brinda la posibilidad de llegar a tener un cuerpo propio. El niño se ve fascinado ante esta imagen que lo ayuda a pasar de ser un montón de piezas sueltas a ser una unidad, es a través del otro que el niño cae en cuenta de un cuerpo como unidad.

Freud plantea su teoría del narcisismo con la relación al cuerpo. “El cuerpo no es un dato primario, que el ser viviente no es idéntico al cuerpo”

El ser un cuerpo no está condicionado con tener un cuerpo, a ser un cuerpo viviente basado desde la función orgánica y biológica; el simple hecho de poseer organismos que constituyen desde el hecho biológico un cuerpo vivo, no es garantía de que el sujeto lo tome como propio, más bien es necesario que el sujeto se apropie de este a través de una experiencia subjetiva y de tal manera el organismo quede atado con esta imagen totalizadora que se construye y se asume como propia.

Para que haya cuerpo, para que este pueda constituirse como tal, como experiencia subjetiva, es necesario la intervención de una determinada imagen corporal que viene adjuntarse con el organismo viviente, lo que nos ayuda a definir entonces al cuerpo como la suma del organismo y la imagen, una imagen significantizada por supuesto, que el niño encuentra en el campo virtual del espejo cuando lo simbólico opera correctamente. (Brousse, 2001)

Lacan trabaja la concepción del cuerpo determinándolo en tres periodos (Brousse, 2001):

Primer periodo de la enseñanza de Lacan

Cuerpo= i(a) (Narcisismo)

En este periodo se presenta una identificación con una forma global del cuerpo, aquí Lacan apunta hacia el narcisismo, concepción en donde coloca a la imagen del cuerpo con un poder totalizador, por existir la imagen de un

ser completo. El sujeto queda fascinado ante esta imagen, que se presenta sin falta, apuntando al narcisismo de tener un ser completo, sin que exista la tachadura de la castración, sino más bien, que todo quede cubierto a través de la apropiación de esta primera imagen.

Segundo momento en la enseñanza de Lacan

Cuerpo= I (A) → i (a)

Se presenta el cuerpo ordenado por el narcisismo, el ideal del yo. Esta imagen de un cuerpo, ya no llega a cubrir la falta y de tal manera el niño entra en la falta, permite al niño entrar en una búsqueda sobre aquel modelo que le permitirá adecuarse y rescatar la unidad de su imagen, aunque ella ya no le sea suficiente.

Tercera enseñanza de Lacan

Cuerpo= Sinthome

Lacan presenta el cuerpo como *sinthome*. Aquí la concepción del cuerpo se va a relacionar con la aparición del goce, es decir este goce que se localiza en el cuerpo. Él *sinthome* se muestra como la cara del goce en relación a la cara de insatisfacción, este *sinthome* que el sujeto ha construido y se manifiesta de forma mortífera que es el resultado de la aparición del significante, es decir cuando el sujeto llega a verificar su cuerpo y se genera un cuerpo simbólico.

Lacan llama el *sinthome*, digámoslo exactamente, a esta incidencia de goce sobre el cuerpo que tiene el significante. Y crea el concepto de *sinthome* precisamente porque está más allá del fantasma. El fantasma está esencialmente ligado al cuerpo mortificado y a ese residuo de goce que es el *a* en esta configuración; mientras el *sinthome* se refiere al cuerpo vivificado por el significante, el cuerpo en tanto goza intensamente por el hecho del significante. (Soria, 1998)

2.2 El estadio del espejo y la concepción del cuerpo

El estadio del espejo es un proceso psíquico importante en la formación del sujeto; la concepción del yo y la estructuración del cuerpo en el niño parte desde este tiempo, que generalmente se presenta en los primeros años de la infancia. Este concepto psicoanalítico permite percibir la creación y la constitución de una imagen corporal que le permitirá al niño dar respuestas ante las condiciones externas de su ambiente. “Hasta ese momento el niño no tiene una percepción de sí mismo como unidad, de su lado quedan sensaciones propioceptivas, internas, de diversas partes del cuerpo”. (Brousse, 2001)

Comencemos con la idea de que el niño se percibe como un montón de piezas sueltas, solo ve sus manitos y sus pies; no cuenta con una estructura limitada por bordes, no tiene un cuerpo. El estadio del espejo permite que el niño reconozca su reflejo en el espejo y a través de ello se dé el paso de unificación de fragmentos. El niño queda fascinado por la imagen que se le presenta en el espejo, pero es a través del otro que le indica que aquel que se encuentra reflejado en el espejo es él, con la frase “ese eres tú”, que el sujeto resulta estructurado como unidad.

Lo que se manipula en el triunfo del hecho de asumir la imagen del cuerpo en el espejo, es el objeto evanescente entre todos por no aparecer sino al margen: el intercambio de las miradas, manifiesto en el hecho de que el niño se vuelva hacia aquel que de alguna manera le asiste, aunque solo fuese por asistir a su juego. (Brousse, 2001)

Es decir las miradas juegan un papel importante en este proceso psíquico, ya que es la mirada del Otro que permite al niño identificar este reflejo como suyo, sin la mirada de este Otro el niño no obtendrá respuesta ante su intento de apropiación, el recibir una aprobación.

Este Otro que viene a indicarle al niño que esa imagen es suya, se encuentra cargado de pensamientos, deseos de vida o también ideales mortíferos que va a transmitirle, y desde este punto de vista, el niño quedará marcado por lo que el Otro deposita en él.

Entonces no es el Otro el que se presenta de total satisfacción, sino que es el Otro quien viene a depositar en el niño sentimientos destructivos y de insatisfacción. Aunque brinda una imagen totalizadora, con la cual puede identificarse ya que es imagen del cuerpo del semejante, el sujeto se introduce en el campo de goce.

¿Pero qué sucede una vez que la imagen se toma como propia?, ¿Cuando la concepción de un cuerpo se establece, qué se aloja en este cuerpo?

Con lo anteriormente señalado, se puede establecer, que el niño en un primer momento no se presenta como una unidad y por ello no puede relacionar su cuerpo con una localización del goce; la estructuración del cuerpo permite que el goce se localice en él, es decir el cuerpo acoge el goce y le da un lugar.

(Brousse, El cuerpo en el psicoanálisis, 2001 p. 55) Jacques Alain Miller, psicoanalista francés, divide el estadio del espejo en tres momentos:

- En el primer momento, Miller propone el cuerpo como un simple dato, un dato del ser viviente. En este momento aún no se presenta la captación del cuerpo como unidad ni se presenta la apropiación del mismo, y por este motivo el goce se encuentra libre, ya que no existe la imagen del cuerpo propio.
- En el segundo momento se presenta ya el goce del cuerpo imaginario; existe una apropiación de la imagen del cuerpo pero al mismo tiempo el goce aparece y se ve situado en este cuerpo imaginario que el sujeto ha adquirido.

-Y es en el tercer momento donde aparece el goce fálico y, Miller lo establece como una anomalía, la aparición de un agujero en donde la imagen del cuerpo vendría a tapar este agujero, vendría a colmar.

Entonces esta imagen del cuerpo viene a colmar este agujero, refiriéndonos a Lacan esta imagen vendría a colmar la castración

$I(a)$

$(-\Phi)$

Retomemos la idea de partida de que el niño se presenta como un montón de piezas sueltas. La primera estructuración de una imagen corporal se presentará a través de la imagen del Otro (la madre), esta imagen del otro que permite al niño identificar un cuerpo como unidad, al colocar al niño en el espejo es cargado por este Otro que tiene una imagen corporal, al encontrarse con su reflejo que devuelve al niño una imagen completa y le permitirá una apropiación de esta imagen que se refleja y es a través de la apropiación de esta imagen que el niño deja de ser un montón de piezas sueltas.

Pero bien qué pasa en el niño cuando se da esta apropiación del cuerpo, cuando el cuerpo simbólico aparece en el plano de este niño que pasa de ser un montón de piezas sueltas a identificarse como una unidad. “La corporación del cuerpo simbólico produce una pérdida de ser, una negativización de la vida o en otros términos, un vaciamiento del goce”. (Tendlarz S. E., 2009)

2.3 Modelo óptico

Este concepto presentado por Lacan permitirá una diferenciación de los distintos conceptos de imagen, se puede establecer la diferencia ante una imagen ilusoria y la percepción desde el plano imaginario en que el sujeto establece su construcción de una imagen de completa, la imagen desde el

plano imaginario de un cuerpo propio donde la ilusión y la realidad están estrechamente vinculadas.

Lacan presenta lo que se denomina el modelo óptico, intentando dar un lugar de lo imaginario en la estructura simbólica además de articular lo simbólico y lo imaginario en la constitución de lo real.

Antes de abordar los 3 momentos que presenta Lacan en el modelo óptico se debe tener claro, a qué nos referiremos como las imágenes virtuales e imágenes reales

.

Las imágenes virtuales

“Son las producidas por un espejo plano; no corresponde a una ilusión óptica. Para el observador se comportan como imágenes”. (Brousse, 2001, p. 66)

La introducción de un espejo plano que refleja el objeto colocándolo como una simple imagen para el ojo del sujeto, el objeto ante el reflejo es tomado como una imagen, no representa ninguna característica de ilusión óptica es decir pierde su valor de objeto.

Las imágenes reales

“Son producidas por un espejo cóncavo; implica ilusión óptica. Para el observador se comportan como objetos”. (Brousse, 2001, p. 67)

A diferencia de las anteriores éstas se presentan como objetos para el sujeto, son el resultado de la introducción de un espejo cóncavo en vez del espejo plano ante el cual se genere la imagen toma el valor de un objeto para el ojo que la observa ya no queda como una simple imagen reflejada.

Imágenes virtuales de las imágenes reales

“El objeto que es la imagen real se refleja en un espejo plano y recibe el nombre de objeto virtual”. (Brousse, 2001, p. 67)

Lacan presenta 3 experiencias relacionándolas con la percepción que un sujeto tendrá en relación al cuerpo.

La primera experiencia es la del ramillete invertido.

Se trata ahora del esquema del florero invertido, en el que alterna los lugares del ramillete (que pasa arriba y el del florero (que queda oculto dentro de la caja). Añade también un espejo plano en el lugar donde antes aparecía el ojo, es decir en el lugar desde donde se veía aparecer la ilusión óptica. Y modifica también la posesión del ojo, que representa el sujeto de esta experiencia, situándolo ahora en el borde superior del espejo esférico (desde donde no ve los objetos reales de la experiencia). (Brousse, 2001)

En esta experiencia Lacan se refiere a los dos narcisismos, relacionando al primer narcisismo con la Gestalt; articulando que la realidad en la que se desarrolla el sujeto depende de la forma corporal, pues no existe una sola realidad para todos los sujetos, sino que obedece a la realidad que opera de la proyección de cada uno. “Se trata de un narcisismo en relación a la imagen corporal a esta imagen que hace a la unidad del sujeto”. (Brousse, 2001, p. 69)

Se apunta a esta imagen de unidad, a esta primera imagen que permite al niño establecerse como una forma estructurada.

El segundo narcisismo se desarrolla ante la presencia y la relación con el Otro con el que existe una identificación. “Esta identificación narcisista es la identificación al otro, que permite al hombre situarse con precisión su relación imaginaria y libidinal con el mundo general”. (Brousse, 2001)

2.4 La alienación y separación en la concepción del cuerpo

La alienación y separación son mecanismos que el niño debe pasar para poder establecerse como sujeto, y son a través de estos que el niño se inscribirá en la cadena significativa, el Otro jugará un importante lugar para poner en marcha las dos operaciones subjetivas.

Iniciaremos elaborando el mecanismo de la alienación, partiendo de la pregunta ¿Que se produce en la alienación?

“El sujeto, al alienarse en el Otro, hace que ese grito se transforme en llamada”. (Tendlarz S., 2009) El grito que el niño realiza no está destinado al Otro, la respuesta que presta el Otro a este grito es lo que lo convierte en llamada, entonces cada vez que el niño grita se dirigirá ya a este Otro que genera satisfacción al dar la respuesta de este llamado.

Entonces esta es la base de la alienación al dirigir este grito al Otro quien lo convierte en llamada, y es aquí donde el niño encuentra un significativo.

Más bien se complacerá en encontrar en él las marcas de respuesta que fueron poderosas al hacer de su grito llamada- el sujeto se dirige al Otro y en el encuentra un significativo. Así quedan circunscritas en la realidad, con el trozo del significativo, esas marcas donde se inscribe la omnipotencia de la respuesta. (Tendlarz S., 2009)

Entonces partimos de este cambio del grito a llamado donde el niño se llega a encontrar un significativo en el Otro, este significativo con el que llegará a identificarse.

“Hay una alienación primera del sujeto en el significativo y esa alienación significativa produce la constitución subjetiva; el sujeto mismo nace, surge, a partir de su inclusión simbólico”. (Tendlarz S., 2009) El mecanismo de la alienación permite al niño introducirse en el lenguaje pero depende del Otro que preste aquel significativo con el cual el niño se identifique.

La operación de alienación consiste en que el sujeto se identifica a un significante del Otro, se identifica y se aliena al mismo tiempo a este significante que lo representa ante el resto de los significantes que residen en el campo del otro. (Tendlarz S., 2009)

Es en el Otro donde se encuentran los significantes que permitirán al niño entrar en el lenguaje e inscribirse en la cadena significativa. “El Otro es el lugar donde se sitúa la cadena del significante que gobierna todo lo que podrá presentificarse del sujeto, es el campo de ese viviente en el que tiene que aparecer el sujeto”. (Flórez, 2009)

Pero esto tiene un precio, en el mecanismo de la alienación el sujeto queda atrapado en el goce del Otro.

En la alienación el niño tomará significantes de este Otro que quedarán marcados, estos significantes con los que el niño se identifica y de esta forma el niño, es el Otro quien posee todos los significantes para que el niño se produzca como sujeto.

Entonces la alienación introduce al niño en el campo del significante, y así se inscribirá en la cadena significativa, esta cadena que le permitirá un lazo con el Otro, pero para que esto suceda el niño debe acoger estos significantes que vienen del Otro y apropiarse de ellos, no basta con que el Otro ofrezca los significantes sino que debe haber una aceptación y de tal manera una apropiación, y es a través del mecanismo de separación donde el niño logra recuperar algo de su goce al separarse de la cadena significativa del Otro.

Bien, entonces abordaremos el mecanismo de la separación. Partiremos al igual de una pregunta ¿Qué se produce en la separación?

La separación se trata de una operación inversa a la alienación en la que el sujeto se separa de la cadena significativa y recupera una prima de goce que se localiza en los orificios corporales que serán el soporte de las cuatro pulsiones fundamentales. (Tendlarz S., 2009)

En el mecanismo de la separación el sujeto logra obtener esos significantes primordiales con los que se ha identificado, si el niño se queda inscrito en los significantes que el Otro le ofrece para su identificación, el niño no podrá construir su propia cadena significando, tal como se establecía anteriormente no basta que el niño se identifique con los significantes del Otro, el mecanismo de la separación permite que el niño se apropie de estos significantes y haya un revestimiento libidinal de los mismos; de tal manera que ya no son los significantes del Otro, sino que se construyen estos nuevos significantes propios basados en los significantes que el Otro prestó. Entonces se puede determinar que en el mecanismo de la separación el niño logre elaborar su propia cadena significativa, de tal manera que, se genera el esquema de $S1 \rightarrow S2$ y de esta forma entre en el lenguaje, y se permita el lazo con el otro.

Pero en el mecanismo de separación también se da la producción del objeto a , este objeto de deseo, este objeto que empuja al sujeto a desear más allá de la madre.

Tal como Lacan presenta en el Seminario 10 donde se muestra a este objeto a como un objeto que el sujeto no alcanzará.

“No es un objeto a alcanzar sino que es un objeto que empuja, es objeto causa; es un objeto causa de deseo”. (Tendlarz S., 2009, p. 86) Entonces la separación permite la caída del objeto a en el niño, este objeto que lo empujará en la búsqueda debido a que el niño siempre intentará cubrir la falta. El mecanismo de separación permitirá que el deseo se presente en este objeto a .

Ante esto se puede establecer que la alienación causa una negativización y la separación permite la positivización del goce. En cuanto en la alienación el sujeto pierde su goce pero es a través de la separación donde se logrará recuperar el goce pero en parte, ya que no lo recupera en su totalidad y se genera el objeto de satisfacción este pequeño objeto a .

2.5 La metáfora paterna y el Nombre del Padre (NP).

Los conceptos de metáfora paterna y del Nombre del Padre son de gran importancia en el psicoanálisis, ya que estas dos funciones permiten al niño un ordenamiento ante la inscripción de una ley; una ley que limita el goce que se presenta en el niño, y le da apertura a que ingrese en la castración, es decir que se instaure la falta y de tal manera se posibilita al niño en una búsqueda por el objeto perdido. La presencia de la ley es de gran importancia en la estructuración del cuerpo, ya que sin esta ley el niño se quedaría atrapado en el goce, ya que es esta misma que permite limitar el goce que se presenta al nivel del plano simbólico del cuerpo.

Hay que tener muy en cuenta, que al hablar del Nombre del Padre, no se hace referencia directamente a la presencia del padre biológico, Lacan al trabajar el concepto del NP lo sitúa del lado simbólico. “No se trata de un padre biológico sino de la acción del significante del Nombre del Padre” (Tendlarz S., 2009, p. 34)

Pero ¿qué produce éste significante en el sujeto? Tal como se estableció en los mecanismos de alienación y separación, el sujeto toma los significantes del otro de tal manera que se podría establecer que el significante NP también es proporcionado por el campo del Otro.

Entonces existen todos estos significantes que se presentan en el campo del Otro, ante esto, podríamos realizar la pregunta ¿Qué función cumple este significante que lo denominamos como el Nombre del Padre?

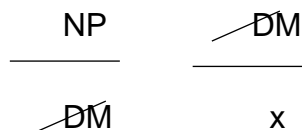
“La inscripción del Nombre del Padre inscribe el falo y su ley mantiene la consistencia del conjunto”. (Tendlarz S., 2009, p 36) Bien al referirse que la inscripción del NP en el niño viene a inscribir el falo, se refiere a que este significante que es el NP permite la castración en el niño, el niño entra en falta pero se da la presencia o la inscripción del falo que vendría a intentar cubrir el agujero de la castración (agujero que también se ha establecido en el mecanismo de la separación).

El Nombre del Padre opera desde el campo simbólico, de tal forma que no se sitúa en la presencia del padre progenitor, el NP no es una persona (padre biológico) sino una función, Lacan al denominar esta función desde lo simbólico llega a denominar “padre muerto” determinando que no es necesario la presencia sino desde qué funciones aparece como un símbolo para el sujeto.

“El padre simbólico es, fundamentalmente, un padre muerto; esto quiere decir que no opera por su presencia sino como un símbolo”. (Tendlarz E., 2012) Jacques-Alain Miller realiza la definición de lo que es la doble metáfora y de esta manera establece que la aparición del nombre del padre ya conduce a la presencia del significante padre.

El Nombre del Padre es ya una metáfora de la presencia del padre, porque no se trata de la persona del padre sino de un significante. En este sentido, el Nombre del Padre es ya una metáfora de la presencia del padre. (Miller, 2002)

Se ha establecido que el NP es una función y proviene del campo de lo simbólico, y la presencia de esta función logra la inscripción del falo y por tal medio se establece la falta. La presencia de este NP es lo que vendrá a lidiar o limitar lo que se denomina el Deseo de la Madre (DM), pero al igual este DM no es la figura de la madre sino lo que viene a representar una voluntad que no tiene ley.



Tal como se muestra en la operación, el DM es aquella voluntad que no tiene ley, que se inscribe sobre el niño (x), de tal forma que no existe ley que limite este deseo y de tal forma se muestra enigmático, el sujeto no tiene forma de dar respuesta ante el DM, la función del NP viene a limitar el Deseo Materno, inscribiendo una ley que ayude al niño a dar una respuesta a este enigma, se presenta la respuesta fálica, ésta respuesta que sufre una transformación “¿De qué goza? A “¿Qué desea?”.

De tal forma que el NP se presenta como un operador que ayuda a la metaforización. Pero esta metaforización es posible a través de la significación fálica.

2.6 Significación fálica

La significación fálica es presentada por Lacan, quien coloca en primer momento el falo del lado imaginario, la presencia de esta imagen con la que el niño se identifica. “El significante fálico no existe desde siempre. La significación fálica implica que el falo es imaginario”. (Tendlarz S., 2009)

El falo es esta imagen que con la que el niño se identifica, además se presenta en medio de la relación entre el niño y la madre, esta relación trípode donde se presenta el falo entre el niño y la madre

Niño — Falo — Madre

Lacan en el Seminario 5 presenta lo que denomina falo “significante de deseo”, de esta manera el falo se presenta ahora del lado simbólico, la presencia de un falo simbólico. “Por un lado, el falo es una imagen, es el falo imaginario situado en el trípode imaginario con el que el sujeto se identifica y, por otro lado, encontramos también un falo simbólico”. (Tendlarz S., 2009)

¿En qué se diferencia este primer falo del lado imaginario y el falo del lado de lo simbólico?

El falo se viene a inscribir a través del Nombre del Padre, se da la inscripción del falo presentándolo como un significante de deseo.

El falo imaginario es lo que permitirá al niño colocarse en la identificación, y permite esta relación entre la madre y el niño donde el niño se identifica con este falo, este falo que es deseado por la madre, así el niño entra en el deseo materno.

Capítulo III: Psicosis y Autismo infantil

3.1. Psicosis en la infancia

Abordaremos lo que ha sido denominado por varios autores como psicosis en la infancia, estructura clínica que también ha sido nombrada como psicosis precoz o psicosis con desencadenamiento temprano, por presentar similares rasgos que la psicosis adulta.

Para poder hablar de psicosis en la infancia se debe tener en cuenta que ha existido un desencadenamiento a una edad temprana en el sujeto, lo que conlleva a interrogarnos sobre la estructuración psíquica del niño hasta ese momento. La etapa infantil consta de procesos psíquicos importantes que le permiten al niño construirse como un sujeto, tales como el estadio del espejo, momento en donde se da la apropiación del cuerpo y la imagen; aunque no se tenga una edad constante en la que se deba generar cada proceso psíquico, se debe tener en cuenta que la etapa infantil es la primordial porque en ella se estructura el aparato psíquico.

Además existen otros ordenadores psíquicos como las operaciones de alienación y separación, que permiten al niño introducirse en la cadena significativa, y de esta manera, en la presencia del registro simbólico, inscripción que posibilita frente a la falta el acceso al deseo; ante la falta o mal desarrollo de estas operaciones, se puede evidenciar desde la infancia el establecimiento de una estructura psicótica.

Debe tenerse en cuenta que al referirnos a la psicosis en la infancia, estamos aludiendo a aquella que ha generado un desencadenamiento a temprana edad en el niño, esto significa, la presencia de un elemento o situación que irrumpe de tal manera en la vida del niño, frente al que no puede dar una respuesta, puesto que lo real adviene a desestructurar su estabilidad psíquica. “Primero hay un desencadenamiento de la psicosis también en la infancia aunque a veces sea difícil de situar. Sobre todo si es

precoz resulta a veces difícil de decir cuál es el momento preciso”.
(Chamorro, 2004)

Es importante señalar que la psicosis infantil es totalmente diferente ante el desencadenamiento de la psicosis en el adulto, ya que en el niño que se desarrolla un desencadenamiento, se presentan rasgos que pueden pasar desapercibidos para los demás. Observamos momentos de enganche y desenganche; es decir, tiempos en que el niño se muestra de forma regulada ante los demás, y otros instantes como de desconexión. En el adulto en cambio, la presencia de un desencadenamiento psicótico dispara una serie de síntomas más marcados y evidentes para las demás personas, como alucinaciones y delirios, cuadros estrepitosos fáciles de identificar como fuera de la normalidad.

El niño con psicosis en la infancia debido a que se ha producido un desencadenamiento temprano no cuenta con herramientas que le permitan buscar una estabilidad.

El niño que presenta una psicosis infantil puede manifestar diferentes signos, como: problemas en el aprendizaje o conductas inadecuadas, problemas de adaptación en las instituciones educativas, problemas para poder generar lazos sociales con el otro. Esta incapacidad o desinterés de formar lazos con el otro es la principal razón por la cual los padres buscan apoyo psicológico.

Las psicosis infantiles generalmente tienen un inicio insidioso. Es decir devienen posteriores a la manifestación de signos en principio sutiles y progresivos, relacionados con la atención, concentración, conductuales y afectivos, (Salazar, 2012).

Estos problemas que se presentan en los niños psicóticos son denominados también como problemas de conducta. La presencia de conductas bizarras o conductas de inadaptación llevan al niño a ser aislado, la incapacidad para poder genera un lazo social son cosas que generan preocupación a los

padres o una cierta molestia por parte de los otros que se encuentran alrededor y conviven con él.

Los niños psicóticos manifiestan marcadas diferencias en sus conductas con las de los niños que no sufren el trastorno. Son niños que lejos de disfrutar del juego y de relacionarse con otros niños, toman marcada distancia de ellos, no participan del juego. Podrían manifestarse más preocupados de aislarse de los otros niños en algún rincón, o a manifestar conductas de terror frente a las espantosas imágenes de sus alucinaciones. Las mismas, pueden presentarse como imágenes monstruosas de contenido oral-cannibalístico, podrían ser perseguidos en sus alucinaciones, por bocas gigantes, devoradoras y monstruosas que amenazan con desmembrarles. (Dolto, 1979)

Como hemos mencionado la psicosis en la infancia o psicosis con desencadenamiento temprano se produce en los primeros años de vida del niño, donde se establecen o se dan diferentes procesos que estructuran al niño como sujeto, mientras más pronto se genere el desencadenamiento menos recursos simbólicos poseerá el niño, por tal motivo se debe tener en cuenta qué se ha podido organizar antes que se presente el desencadenamiento.

El momento del desencadenamiento es importante porque no es lo mismo hablar de un niño psicótico de diez años y otro de dos años, la fenomenología no es la misma, no hubo una adquisición simbólica, el recurso simbólico no es lo mismo. (Chamorro, 2004)

La psicosis infantil comparte rasgos con la psicosis en el adulto, la presencia de los llamados fenómenos elementales presentados por Lacan en el seminario III, son la brújula que se le ha dado al psicólogo para poder diagnosticar la psicosis; las manifestaciones de conductas bizarras y la presencia de la conocida certeza psicótica permiten dar cuenta del desencadenamiento de una psicosis.

El fenómeno elemental es un efecto del significante que se produce en un momento determinado de la vida del psicótico, cuando éste se encuentra con el significante del Nombre-del-Padre. Ante la ausencia de significación que conlleva la irrupción de tal significante que le falta (primer momento del fenómeno: vacío de significación), el sujeto reacciona produciendo una significación nueva, que consideramos extraña (segundo momento del fenómeno: creación de una significación bizarra). (Valdecasas, 2012)

De estos denominados fenómenos elementales que son considerados como bases para poder diagnosticar la psicosis nos centraremos en la problemática que el niño psicótico tiene con el cuerpo.

Al respecto del cuerpo, cabe preguntarse ¿Qué es lo que falla en la estructuración psíquica del niño?, ¿Qué es lo que conlleva que se presente una estructura y de tal manera un diagnóstico de psicosis en la infancia? ¿Qué es lo que viene a desestructurar de tal forma al niño que se presentan problemáticas tanto al nivel simbólico, en la inscripción de la cadena de significante S1-> S2 y en la relación y apropiación del cuerpo como unidad?

Podemos referirnos a una falla ante el mecanismo o la operación de alienación, en esta estructura el niño pasa por la alienación en donde puede instaurar significantes, debido a esto el niño psicótico puede hacer uso del lenguaje pero al momento de generarse la separación algo sucede, el mecanismo de la separación no opera en el niño y de esta forma no se puede instaurar la cadena significativa S1-> S2 sino que el niño queda atrapado en el S1 y de esta manera no puede entrar dentro del discurso ya que solo consta del S1 sin conector que complete la cadena y que genere el sentido. Al decir que la separación no se ha desarrollado se infiere que no ha existido la posibilidad que el niño tome como suyos estos significantes que el Otro brinda, y de tal forma el niño no ha logrado construir su registro simbólico. “Cuando se golpean o se lastiman no lloran, o no se enferman, es como si no tuvieran un cuerpo, y de hecho no tienen cuerpo, son como ángeles porque lo simbólico es lo que da un cuerpo”. (Chamorro, 2004)

Entonces en la psicosis en la infancia se nos muestra la falla ante los mecanismos de la alienación y la separación como la causa, por este motivo el niño no logra instaurar la falta sino que queda pegado el objeto a, no se da la instauración de la castración y de tal motivo no se logra instaurar la ley que permite al niño estructurar su deseo, no se ve posibilitado la búsqueda sino más bien se queda impregnado de esta imagen de ser completo (S) en lugar de darse la caída del objeto (\$) y ante esto lo se permite la posibilitación del deseo, ante esta falla de estos procesos psíquicos el niño presenta problemáticas en el registro imaginario, donde el cuerpo no está instaurado ya que el mecanismo de la operación no opera, de esta manera el objeto a no es extraído del cuerpo, el niño no se presenta la búsqueda y el deseo no aparece.

Lo simbólico permite la constitución de la imagen, puesto que cierta posición del espejo el sujeto adquiere, a través de la constitución yoica, su imagen especular. Por otro lado, la noción espacio-temporal se la da lo simbólico. Por eso los niños muy pequeños se tropiezan, se caen, se llevan los objetos por delante hasta que lo simbólico no se pone en su lugar, y eso tiene un tiempo de desarrollo en la estructura. Pero en los niños psicóticos persiste esta ausencia de constitución espacio-temporal por lo que puede caminar por la cornisa de un balcón sin noción de un espacio hacia abajo o de peligro. Justamente porque la falla simbólica repercute en su constitución del espacio y tiempo se golpean con tanta facilidad y no les duele. No hay un cuerpo que ha afectado al viviente y por el cual pueda sentir dolor. (Chamorro, 2004)

Lo simbólico no se ha desarrollado sino que se ha establecido todo desde el plano imaginario, de igual manera el niño se inscribe en lo simbólico a través del mecanismo de la alienación, donde el niño toma los significantes provenientes del Otro, pero es a través de la separación donde el niño logra apropiarse de aquellos significantes y construye su cadena significativa (S1→S2), de tal manera en la psicosis en la infancia el niño entra en la alienación, pero no logra separarse más bien queda pegado a estos significantes del Otro y no puede apropiarse de ellos por tal motivo, el niño

puede hacer uso de palabras pero no puede generar un discurso es decir solo se da la repetición de este S1 si sentido.

Se da cuenta que lo simbólico no es solamente el uso del lenguaje, sino también es la estructuración del espacio y la posibilidad de tener un cuerpo, y eso afecta en lo imaginario la constitución de la imagen especular. Estos niños por ejemplo, no reconocen su imagen en el espejo. Mientras que ni bien algo de lo simbólico se sitúa en su lugar, el niño se reconoce. (Chamorro, 2004)

3.2 Autismo infantil

En los inicios de la psiquiatría moderna el autismo era considerado parte de la estructura psicótica por la presencia de características similares a la psicosis, pero en los últimos avances obtenidos por las observaciones y el estudio de sus síntomas particulares, se ha logrado realizar una diferenciación entre la estructura psicótica y la estructura autista.

Ante esta diferencia, se puede partir de la pregunta ¿Qué sucede en el autismo? ¿Cuáles son los rasgos o síntomas que permiten diferenciar al autismo y desligarlo de la psicosis?

Marita Manzoti en el texto de Clínica del autismo infantil (2005), presenta cinco características principales que se observan en el autismo:

- a) Se presenta el esfuerzo por mantener al Otro al margen, el niño actúa de tal forma que evita entrar en relación con el Otro, se niega a la implicación. Permite en cierta forma la presencia de este Otro pero delimitando su intrusión en él.
- b) No le resulta indiferente la presencia del otro: aunque se rehúsa a la implicación con el otro, no es ajeno a la presencia de este Otro que se presenta como intrusivo, el comportamiento del niño varía.

- c) Está alojado en el lenguaje: desde el inicio el niño se encuentra en el lenguaje ya que es hablado por el Otro, aunque el niño autista no haga suyo este lenguaje y no lo utilice, comprende el código y puede llegar a enunciar ciertas palabras en un debido momento.
- d) No está dispuesto a ser requerido: el Otro se presenta como otro intrusivo, de tal manera que si exige que se establezca una relación el niño responderá aislándose o también de forma violenta que puede ser hacia sí mismo o al Otro.
- e) Trabaja decididamente para lograr eludir el encuentro con el otro: actúa utilizando el cuerpo (aunque no haya apropiación) para evitar el encuentro con el Otro, buscando eludir a este Otro que es intrusivo para él.

Tal como se puede percatar, todo lo que se relaciona al autismo se basa principalmente ante esta falta de relación con el Otro, y no solo una falta de relación, pues existe más bien un rechazo del niño autista a establecer una relación con el Otro, pero ¿a qué se debe este rechazo al Otro?, ¿Qué se presenta en el Otro que genere en el niño la necesidad de evitar la relación? “Lacan se refiere al autismo como “congelado” respecto a su subjetividad. Se nos presenta como alguien que parece estar desprovisto de lo humano” (Tendlarz E., 2012)

Parafraseando a Neus Corbonell, el psicoanálisis se presta para acoger a niños donde el Otro se presenta como un real; el saber, el deseo y el goce del Otro son para el niño un real, de tal manera que, no tiene forma de dar respuesta a esto. “Estos niños son como perseguidos por los signos de la presencia del otro, y en particular por dos objetos: La mirada y la Voz” (Buchner, 2014)

Bien la negación o el rechazo al Otro, se articulan ante esta figura de real que personifica la aparición de este Otro intrusivo, que viene a imponer su goce, haciendo que el niño busque a toda costa evitar que el Otro se incluya en su mundo, y de esta forma el niño es capaz de usar el cuerpo como forma de impedir este encuentro con el otro, el cuerpo se muestra como solo una herramienta, pero ajena totalmente al él y debido a esto se puede presenciar distintos fenómenos, que se consideran como características principales en el niño autista.

En torno al cuerpo del niño autista nos referiremos a estos comportamientos bizarros, movimientos estereotipados, actos violentos e incluso el no tener percepción del dolor; conductas que son visiblemente extrañas para las demás personas que rodean al niño desde sus diferentes ambientes sociales y de tal manera, dan cuenta de la complicación que le representa al niño autista arreglárselas con el cuerpo. Pero, ¿a qué se deben estos comportamientos bizarros? ¿Qué sucede en el niño autista que lo imposibilita en el armado de un cuerpo como propio?

Como la palabra no se encuentra articulada a un discurso, a un cuerpo, a un lazo social, el cuerpo mismo es vivenciado como ajeno, no funciona como borde o superficie de inscripción. Estos cuerpos que padecen del contacto, de los ruidos, de los olores, de las imágenes, manifestaciones de un sin freno que desregula ese contacto con el otro y no le permiten como sujetos decodificar los acontecimientos del entorno. (Tendlarz E., 2012)

Aunque el niño se encuentra en el lenguaje debido a que es hablado por el Otro no existe la apropiación del lenguaje por parte del niño, no está en la cadena significativa $S1 \rightarrow S2$, no está en el discurso. De tal manera el niño se ve muy limitado en la posibilidad de establecer un lazo con el Otro, no cuenta con el registro simbólico que es proveniente del Otro

De tal forma no se han realizado los mecanismos de separación y alienación que están relacionados también con la concepción del cuerpo, de tal forma que no existe una apropiación del cuerpo en el niño autista, se presenta el cuerpo como ajeno a él, el niño autista no ha desarrollado esta imagen completa sino a bien ha quedado relegado a ser un montón de piezas sueltas.

Su protección incluye ciertas sensaciones corporales sentidas como protectoras, de allí las manipulaciones de objetos, el balanceo o los movimientos estereotipados. El autista se vuelve insensible a otras sensaciones tales como el dolor. (Tendlarz E., 2012)

Pero al hablar de la falta de esta imagen de un cuerpo completo, se nos refiere de mejor manera al proceso del estadio del espejo ya que es e este donde el niño por primera vez se encuentra con un cuerpo estructurado que es dado por el Otro, es decir que existe algo que falla ante en el estadio del espejo que no permite que el niño pueda construir su imagen completa y de esta forma queda privado del cuerpo, y por tal manera es ajeno a él, existe un cuerpo pero no se ha logrado apropiarse de este .

3.3 Análisis de un Caso

El siguiente caso se tomará del texto de Marita Manzotti Autismo, límites y posibilidades (1996).

Caso “El salvaje de Aveyron”

Datos del caso

En el año de 1797 se encuentra a un niño de aproximadamente once o doce años de edad, considerándose por las particularidades de su conducta que a muy temprana edad se encontró totalmente abandonado y sin ningún tipo de contacto con otro sujeto.

Se nombró al niño como Víctor, y a través de su caso se abre la posibilidad de estudiar al “hombre en estado natural”.

Es Pinel quien presenta un primer informe realizando una descripción detallada de las experiencias sensoriales que se presentan en Víctor.

La mirada de Víctor vaga siempre por la habitación, solo se centra en los objetos que son necesarios para su subsistencia, además se presenta un efecto de sorpresa al colocarse frente a un espejo.

Víctor ha sido privado de la palabra por mucho tiempo, sin embargo al parecer no presenta sordera. Al realizar algún ruido a sus espaldas, éste llama su atención; sin embargo, si el ruido se repite no vuelve a tener el mismo efecto, solo si el sonido está relacionado con alguna necesidad física.

El sentido del olfato en Víctor se presenta como forma de juzgar la condición del alimento, se pensaría que tiene un gran desarrollo de este sentido, sin embargo se ha desenvuelto en un ambiente de suciedad.

El sentido del tacto en Víctor se presenta muy poco desarrollado, no hace uso de este sentido para determinar las formas de los cuerpos. Esta

característica, Pinel la coloca como un factor que aparece comúnmente en muchachos privados de inteligencia.

A partir de las observaciones realizadas, se generan dos tipos de tratamientos en Víctor:

El primero se basa a nivel de lo biológico. Se busca descartar la presencia de ciertos factores orgánicos importantes, a través de exámenes que conllevan a advertir, que el niño no presenta ningún impedimento a nivel del cuerpo, para no poder articular palabras. No existen lesiones que infieran problemas al nivel del lenguaje.

Víctor no ha sufrido de lesión alguna a nivel orgánico que conlleve su falta de comunicación verbal, si ésto no es impedimento para poder articular palabra alguna ¿Qué detiene a Víctor de hacer uso del lenguaje?

El segundo tratamiento se desarrolla por Jean Itar, quien se formó como médico con experiencia en el tratamiento de pacientes sordos mudos. La base de este segundo estudio se centró en el intento de escolarizar a Víctor, a través diversas formas que buscaban insertar al niño en la sociedad, hacerlo formar parte de la cultura de la época, y de tal manera, inscribirlo en la cadena signifiante, para que el niño logre entrar en el discurso, ya que en el lenguaje sí se encuentra al ser hablado por el otro.

Jean Itar basa su tratamiento en cinco objetivos, los cuales son:

Primer objetivo: Ligarlo a la vida social, pues debido al cautiverio, Víctor presenta un gran grado de aislamiento, realiza conductas muy peculiares y solo responde ante actos de la naturaleza; no presenta ningún interés por ingresar a la sociedad.

Segundo objetivo: Despertar su sensibilidad mediante estímulos y provocar afectos. Víctor se muestra insensible al frío y al calor, y por ello se busca modificar sus percepciones a través de la experiencia de nuevas sensaciones corporales, al darle baños de agua fría todos los días, para que poco a poco vaya valorizando el calor.

Tercer objetivo: Ampliar su campo de ideas mediante nuevas necesidades y relaciones con los otros. Aquí se logra que establezca una relación de afecto hacia su niñera.

Cuarto objetivo: Inducir al uso de la palabra. Se falla en el logro de este objetivo, puesto que Víctor no articula palabra, y por ende se llega a considerar que no puede llegar a escolarizar. Víctor utiliza un “lenguaje pantomímico”, pide con gestos y actos las cosas de su necesidad, y ubica a las personas que lo puedan ayudar a conseguir lo que quiere.

Quinto objetivo: Ejercitar las operaciones simples del espíritu sobre objetos de sus necesidades físicas, para luego extender su aplicación a la instrucción.

Los trabajos realizados por Pinel y Jean Itar en relación al caso de Víctor, se basan en las limitaciones que en el sujeto se manifiesta ante el aislamiento total, de tal forma se presenta a Víctor como un sujeto que solo busca la satisfacción de pulsiones, donde la simple presencia de otra persona no tiene ningún valor para él. El intento fallido para ingresar a Víctor en la sociedad señala la incapacidad que se presenta en un sujeto al no tener desde los primeros años un Otro que lo acoja y le permita ingresar y apropiarse del lenguaje, de esta manera se presenta al niño como alguien incapaz de establecer lazos sociales.

Para poder realizar un análisis del Caso el salvaje de Aveyron tomaremos como bases los distintos conceptos que se han venido elaborando a lo largo de este trabajo.

En el caso del salvaje de Aveyron se presenta como factor principal la falta de contacto con otro, de tal manera se puede inferir que Víctor no ha pasado por los principales procesos psíquicos de formación del sujeto, no existe una estructuración del yo ni la concepción del cuerpo, Víctor se presenta simplemente como un sujeto de pulsión, lo único que le importa es satisfacer sus necesidades físicas (alimentación, ambiente, sed, etc.), estar en aislamiento de otras personas ha conllevado a una falta de inclusión en la

cadena significativa, la falta de este Otro que lo acoja y le permita la entrada en el lenguaje, es la causa principal de su silencio (mudez).

Se puede decir que Víctor no ha entrado al lenguaje sin embargo desde el mismo momento en que es encontrado por los cazadores Víctor es golpeado por la lengua, es hablado por el Otro, entonces Víctor es ingresado a la cadena significativa pero no es participe de ella, no siente la necesidad de hacer uso de ella. Este impedimento a hacer uso del lenguaje o la palabra es lo que llega a considerarlo como no escolarizable, la imposibilidad de acatar órdenes y de cumplir lo que el Otro solicita de él.

La presencia de conductas bizarras es un factor fundamental en el análisis de este caso, pues la falta de sensibilidad ante el frío o el calor podremos relacionarla con lo trabajado en la concepción del cuerpo, para señalar que no existe una apropiación del cuerpo por parte de Víctor.

En Víctor no se presenta la necesidad de establecer una relación con otro, la falta de contacto social presenta a Víctor como un caso de aislamiento ante los sentimientos y las necesidades provenientes del Otro.

Entonces ¿De qué se habla en el caso de Víctor?, ¿Es un caso de autismo o se presenta una psicosis en la infancia?

Ante la carencia en la apropiación del cuerpo se hará referencia al estadio del espejo. Víctor no ha pasado por este proceso de estructuración ya que no ha estado presente este Otro que le dé la imagen de una unidad, Víctor solo hace referencia a las pulsiones que se presentan y a su vez la búsqueda de la satisfacción de las mismas, el cuerpo es solo una herramienta para él, una herramienta que utiliza para satisfacer sus instintos y sus necesidades básicas, no tiene la imagen de una unidad sino que se presenta como un montón de piezas sueltas. Sabemos que la primera imagen de unidad es proveniente gracias a la presencia de Otro, es de esto que carece Víctor, no ha tenido como referencia a este Otro.

En el caso de Víctor nos arriesgaremos a definir en él una estructura de psicosis infantil, ante la principal característica de la estructuración y la presencia del cuerpo.

Señalaremos como característica esencial en la estructura del Autismo el rechazo hacia el Otro, pero en el caso de Víctor no se puede hablar de la existencia de un rechazo al Otro sino más bien que este Otro nunca estuvo presente y por tal motivo Víctor no tuvo la posibilidad de la apropiación de los significantes, no se logró instaurar en la cadena signifiante ($S1 \rightarrow S2$) ni tuvo la necesidad de hacer uso de un discurso ya que no hubo nadie que lo escuche.

Víctor se ha estructurado solo como un ser de pulsión, no existe deseo en él sino que solo busca la satisfacción de las pulsiones primarias como la satisfacción ante el hambre, la sed o algún malestar en su ambiente, solo busca recuperar su estabilidad orgánica. La inexistencia del deseo está relacionado ante la no instauración de la falta, de tal motivo no se han realizado los mecanismo de separación y de alienación, quedando el objeto a pegado a Víctor.

Víctor no está dispuesto ceder ante el deseo del Otro, no está dispuesto a quedar tachado sino que se da una negación ante la castración.

De igual manera para Víctor el Otro no se presenta como un real (autismo), de tal motivo no existe un rechazo hacia el Otro, más bien se presenta un rechazo una negación ante la falta, por tal no existe deseo en Víctor (el objeto a no a caído).

Conclusiones

La denominadas “enfermedades mentales” desde las primeras concepciones establecidas a lo largo de la historia, estuvieron relacionadas con conceptos de magia y religión; en consecuencia, el autismo en sus primeras teorizaciones fue considerado como una estructura en donde estos dos conceptos también repercuten, dificultando planteamientos científicos que introduzcan cuestionamientos en torno a la causalidad psíquica.

Desde el psicoanálisis lacaniano, se puede evidenciar la importancia de que el niño en sus primeros años de vida, atraviese distintos mecanismos y operaciones psíquicas, necesarios para la estructuración y la apropiación de un cuerpo más allá del orden de lo biológico; de esto modo, ausencias o fallas en el funcionamiento de los mismo generarán en el niño la presencia de fenómenos particulares a nivel del cuerpo, que dan cuenta de dificultades en el proceso de unificación del organismo vivo con la imagen.

En el caso de la psicosis en la infancia, dentro del proceso de subjetivación, podemos señalar, que el niño queda atrapado en la operación de alienación; así, el niño queda adherido a los significantes del Otro, necesarios en un primer momento para su identificación primaria, es decir, cuenta con S1; pero no logra establecer el mecanismo de separación, con el que puede acceder a construir la cadena signifiante $S1 \rightarrow S2$.

En la psicosis, lo que se presenta es una repetición sostenida del S1 sin que se pueda conectar a otro signifiante (S1, S1.....S1), y de tal manera que no llegue a introducirse en el plano simbólico; registro que brinda soporte al cuerpo imaginario (imagen especular de unidad). Al no construirse el cuerpo simbólico se observan problemas característicos en la utilización del espacio temporal.

En el autismo, por su parte, el problema en la construcción subjetiva del cuerpo se inicia desde el estadio del espejo, pues el niño no logra capturar esta imagen que se presenta como unidad ante su reflejo en el espejo; el niño rechaza la presencia del Otro, no permite que este Otro le indique que aquel del espejo es él, viviendo su cuerpo como un montón de piezas

sueltas, porque no cuenta con los bordes que le permitan establecer límites entre su cuerpo con los objetos de su entorno, considerando al Otro como un objeto más.

La diferencia entre el autismo y la psicosis en la infancia estaría delimitada básicamente, porque en la primera estructura, el niño no logra ingresar a la operación de alienación; fundamental para otro tiempo estructurante del psiquismo, como lo es el estadio del espejo, momento que posibilita el acceso a la especularidad (mirar y ser mirado); situación que generaría en el niño autista sus dificultades con la mirada y los movimientos atípicos que lo caracterizan.

Referencias Bibliográficas

Alucinaciones psicóticas. (1 de Mayo de 2011). Recuperado el 06 de julio de 2014, de Alucinaciones psicóticas: <http://pacotraver.wordpress.com/2011/05/01/alucinaciones-psicoticas/>

Association, A. P. (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición*. Médica Panamericana.

Brousse, M. (2001). *El cuerpo en el psicoanálisis*. Madrid: SAOR.

Buchner, L. (10 de Febrero de 2014). *Colette Soler - El Inconsciente a Cielo Abierto de La Psicosis*. Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/206072203/Colette-Soler-El-Inconsciente-a-Cielo-Abierto-de-La-Psicosis#scribd>

Chamorro, J. (2004). *Clinica de la psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Instituto Clinico de Buenos Aires.

Dolto, F. (1979). *La imagen Inconsciente del cuerpo*. Barcelona: PAIDÓS.

Flórez, L. C. (2009). *El autismo y la creación de la transferencia*. Medellín, Colombia: Universidad Antioquia.

Herrera, N. (2013). *Autismo y psicosis en la infancia Condiciones para su tratamiento*. Cordoba-Argentina: AVENIR.

Historia del termino AUTISMO. (11 de Noviembre de 2010). Recuperado el 03 de julio de 2014, de Historia del termino AUTISMO: <http://info-tea.blogspot.com/2010/11/historia-del-termino-autismo.html>

Lacan, J. (24 de Noviembre de 2014). *Discurso de clausura de las jornadas sobre psicosis infantil*. Obtenido de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.conversiones.com.ar%2Ftextos%2Fnota0615.doc&ei=wUfnVMa_DMjEggSvI4HwBQ&usq=AFQjCNHSOQTugyG9PVax1gVKDU65vMWkVg&bv m=bv.86475890,d.eXY

Laurent, E. (1991). *Estabilizaciones en la Psicosis*. Buenos Aires-Argentina: MANANTIAL.

Los Autistas. (03 de Julio de 2014). Recuperado el 2010, de Los Autistas: <http://www.autismos.es/ique-es-el-autismo.html>

Manda, D. A. (14 de enero de 2014). *Historia de la Psicosis*. Recuperado el 03 de julio de 2014, de Historia de la Psicosis: <http://www.news-medical.net/health/Psychosis-History-%28Spanish%29.aspx>

Manzotti, M. (1996). *Autismo infantil límites y posibilidades*. Buenos Aires, Argentina: Departamento de Docencia .

Manzotti, M. (2005). *Clínica del autismo infantil*. Buenos Aires: grama.

Miller, J. A. (2002). *De la naturaleza de los semblantes*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Nicolás Herrera, C. L. (2013). *Autismo y psicosis en la infancia Practica y formación*. Córdoba-Argentina: AVENIR.

OMS. (2001). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. MEDITOR S.L.

PAUTAS DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICAS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA . (03 de Julio de 2014). Recuperado el 03 de Julio de 2014, de PAUTAS DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICAS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA : <http://www.asocimed.cl/Guias%20Clinicas/neurologia%20de%20la%20infancia/traspsicot.html>

Salazar, J. (12 de Abril de 2012). *Psicosis infantil*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2014, de Psicosis infantil: <http://psicologojordgesalazar.blogspot.com/2012/04/psicosis-infantil.html>

Salud, O. M. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. MEDITOR S.L.

Soler, C. (1991). *Estudios sobre la Psicosis*. Buenos Aires-Argentina: MANANTIAL.

Soria, N. (13 de Mayo de 1998). *Una nueva modalidad del síntoma*. Obtenido de Una nueva modalidad del síntoma: <http://virtualia.eol.org.ar/001/notas/unanuevamodalidad-04.html>

Tendlarz, E. B. (2012). *Una clínica posible del autismo infantil*. Buenos Aires, Argentina: GRAMA.

Tendlarz, S. E. (2009). *Psicosis lo clásico y lo nuevo*. Buenos Aires: GRAMA.

Valdecasas, J. (11 de Febrero de 2012). *Los fenómenos elementales* . Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de Los fenómenos elementales : <http://postpsiquiatria.blogspot.com/2012/02/los-fenomenos-elementales.html>

Voces en la cabeza > Alucinaciones auditivas . (5 de abril de 2011). Recuperado el 12 de junio de 2014, de Voces en la cabeza > Alucinaciones auditivas : <http://vocesenlacabeza.com/tag/alucinaciones-auditivas/>

Anexos

Cuadro de Severidad del Trastorno del Espectro Autista

(Association, 2013)

Nivel de severidad	Comunicación social	Intereses restringidos y conducta repetitiva
Nivel 3: requiere un apoyo muy substancial	Déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales, y que cuando lo hace, realiza aproximaciones inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y sólo responde a acercamientos sociales muy directos.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad afrontando cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos, interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.

<p>Nivel 2: requiere un apoyo substancial</p>	<p>Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficit sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona que habla con frases sencillas, cuya capacidad para interactuar se limita a intereses restringidos y que manifiesta comportamientos atípicos a nivel no verbal.</p>	<p>El comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.</p>
<p>Nivel 1: requiere apoyo</p>	<p>Sin apoyos, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.</p>

	<p>ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación pero que a veces falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan.</p>	
--	---	--

(Association, 2013)

Cuadro Comparativo de la psicosis en la infancia y el autismo

PSICOSIS EN LA INFANCIA	AUTISMO INFANTIL
<p>En ambas estructuras clínicas se presentan problemáticas en la construcción y apropiación del cuerpo en el niño, pero claramente diferenciables.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Dentro de la estructura de la psicosis en la infancia se debe tener en cuenta, que en el niño se presenta un momento de desencadenamiento, en el que una determinada situación se muestra como un real insoportable, a la que no puede dar respuesta. - El niño accede a la operación de alienación, necesaria para la identificación con el significante uno primordial, quedándose atrapado en el Deseo Materno, no posibilitándose la operación de separación. - Debido a la falta del mecanismo de la separación el niño no logra construir su cadena significante $S1 \rightarrow S2$, de esta manera el niño se encuentra en el lenguaje pero 	<ul style="list-style-type: none"> - El niño autista presenta rasgos desde el nacimiento, no se presenta un momento de desencanche, más bien se presentan momentos de angustia ante la presencia del Otro. - El niño ni siquiera ha ingresado a los mecanismos de alienación y separación. - Aunque el niño se encuentra en el lenguaje debido a que es hablado por el Otro no existe la apropiación del lenguaje por parte del niño.

<p>no puede hacer uso de él, no puede elaborar un discurso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se presenta el estadio del espejo en el niño, de esta forma el niño puede acceder a la identificación con el Otro, esta identificación que se produce en la alienación; pero es aquí donde el niño queda pegado al otro (madre) no permitiendo dar sustento a la imagen obtenida en el estadio del espejo a través del cuerpo simbólico. 	<ul style="list-style-type: none"> - La problemática en relación a la estructuración del cuerpo va relacionada a fallas en el proceso de unificación de la imagen corporal que sucede en el estadio del espejo; lo especular no se instala, no se accede al encuentro con la imagen, con el Otro. De esta forma queda privado del cuerpo (psiquis), es ajeno a él, existe un cuerpo (órgano) pero no se ha logrado apropiarse de la imagen de éste.
--	--