



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES, IZTACALA**

**“EL AUTISMO UN TEMA DE SALUD MENTAL; ORÍGENES DEL
TRATAMIENTO EN EL MÉXICO POST-REVOLUCIONARIO. EL
PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN
MULTIDISCIPLINARIA.”**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN.

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ADRIANA REZA BRAVO

MTRO. JOSÉ REFUGIO VELÁSICO GARCÍA
LIC. MARÍA TERESA PANTOJA PALMEROS
MTRA. BLACA ESTELA ZARDEL JACOBO
TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias a mis amigos en general, pero muy en especial a Ivett (+), por ser amiga en la carrera, en la vida y por haberme heredado a su familia: Hernán, Ximena y Tamara.

Gracias a mis padres y mis hermanos por ser parte de mí existir en mi etapa de soltería y hasta ahora, de paso gracias a toda mi familia, Reza Amaya y Bravo Agilar.

A todas las personas que ya no están conmigo y formaron parte de mi vida

Gracias a mis profesores que han estado conmigo y que por ellos soy lo que soy ahora, una Psicóloga satisfecha y orgullosa. En especial al Maestro Jose R. Velasco, la Lic. Ma teresa Pantoja y la Maestra Blanca Estela Zardel, por el apoyo, porque gracias a ellos esta tesis existe

Gracias a mi esposo por estar conmigo y por ser tan audaz y tenaz, y además por escogerme como su esposa

Por último, a la comunidad Autista por hacerme sentir parte de ellos y por hacerme conocer de cerca lo maravilloso que es el AUTISMO. Gracias Luis, Nat, Paco, Gero, Mónica, Ray, Leo, Gracias a todos.

A mi abuela, y mi tía Martha, por estar conmigo, amor y bendiciones para ellas

**Y GRACIAS A DIOS!
PUES SIN ÉL, NO
TENDRIA NI PODRIA
AGRADECER A
NADIE, GRACIAS;**

ÍNDICE TEMÁTICO

	PAG.
RESUMEN	i
INTRODUCCION	
CAPITULO I: CONCEPCIONES SOBRE EL AUTISMO	1
1.1.- Los primeros hallazgos y conceptualizaciones	3
1.2.- Causas del Autismo	14
1.2.1.- Teorías orgánicas	15
1.2.2.- Teorías psicogénicas	17
1.3.- Tratamientos	25
1.3.1.- Como puede ser tratado el Autismo	25
1.3.2.- Tratamientos no ratificados	27
CAPITULO II: LA SALUD MENTAL Y	
LA ATENCION DEL INFANTE EN MEXICO	32
2.1 Evolución de la salud mental	38
2.2 Evolución de la salud mental infantil	
CAPITULO III: INSTITUCIONES Y EL AUTISMO	46
(El papel de Psicólogo)	
CONCLUSIONES	74
BIBLIOGRAFIA	

RESUMEN

Formalmente se reconoce al Autismo y su definición en el año de 1943 por Leo Kanner. Aunque con anterioridad otros estudiosos participaron en tratamientos a estos pacientes, con un diagnóstico diferente, es hasta esta fecha que se les considera Autistas.

Actualmente se considera al Autismo según el DSM IV (1985) como un “trastorno profundo del desarrollo” y a partir de esto se elimina el término dado de “Psicosis infantil”. La sintomatología primordial, consiste en una falta de respuestas a los demás, un deterioro importante en las habilidades de comunicación y la existencia de respuestas “raras” a diversos aspectos del medio, todo ello desarrollado en los primeros treinta meses de vida. En cuanto a las causas, como aún no son precisas, nos enfrentamos a dos explicaciones en dos vertientes: las biológicas y las psicogénicas.

En México, se tiene conocimiento que es hasta 1980 cuando se atiende a pacientes con Autismo de manera formal, pues ni el mismo sistema de salud del país lo había considerado antes. El tratamiento del Autismo en nuestro país, se da a partir de padres de pacientes y por la iniciativa privada, a la par se intenta cubrir en el sector salud la demanda del servicio. Actualmente existen, tanto en el sector salud como en la iniciativa privada, Instituciones que proporcionan el servicio y que en ambos casos la demanda es basta y en ocasiones rebasa la capacidad de atención; todo esto debido a la carencia económica y de profesionales que puedan atender a la población.

La presente investigación tiene como objetivo: Indagar los orígenes de la concepción y tratamiento del Autismo, en el México post-revolucionario. Destacando el papel del psicólogo en la atención multidisciplinaria. El tipo de análisis utilizado fue, una recopilación de datos históricos, a partir de la época de la posrevolución en México, en referencia a la salud mental, hasta nuestros días. Para ello se toma como referencia la metodología cualitativa; basada en un estudio descriptivo y teórico. Taylor y Bogdan (1996), mencionan que dichos estudios pretenden exponer datos descriptivos, es decir, las propias palabras pronunciadas o escritas de la gente y las actividades observables.

Y por último como conclusión general, de mi investigación, está una nueva visión personal del Autismo en México: “una condición humana, que aunque ha sido atendida, no ha sido comprendida, es decir, en trato y aceptación a nivel social”.

Por otro lado, ahora cuento con una perspectiva más amplia a mis inquietudes de trabajo y proyección como profesional de la psicología. Es decir, cuando al inicio de mi investigación pensé que carecíamos de apoyo y trabajo conjunto con otros países, al final compruebo que no es así; pues a parte de trabajar en conjunto, el gobierno contando con la colaboración del sector salud y la Secretaria de Educación Pública, además tiene la participación del sector privado tanto industrial, como médico. Aunado a este equipo de profesionales, se cuenta con la colaboración y participación directa de especialistas del ramo, tanto del mismo continente, como de Europa. En donde México participa, si no, en un papel preponderante, colaborando activamente y mostrando interés, no solo por la atención oportuna y acertada de pacientes con Autismo sino, también de la inclusión de los mismos a la vida social en su totalidad.

Sin embargo, no podemos cerrar de ojos y negar que, la realidad actual de las personas Autistas y de la situación que el sector salud en el país enfrenta al respecto, es de una demanda excesiva y poca satisfacción en la atención, debido a que aún, existen otros problemas de mayor prioridad en el país que no nada mas afectan a los Autistas, sino a toda los mexicanos.

Por otro lado, retomando el papel del psicólogo en la atención del Autista, es conveniente puntualizar que los tratamientos y las tendencias aquí expuestas son las que en mi experiencia profesional he conocido y manejado. Sin embargo, esto no quiere decir que sean las únicas. Lo que si es cierto es que en la practica cotidiana e institucional, es hasta ahora lo que da, resultados a más corto plazo. Pensando, que ese resultado es la satisfacción de los familiares de las personas con Autismo, que al no comprender lo que es y lo que implica, se limitan a buscar el acoplamiento de su familiar a la vida social, y con ello minimizar el sufrimiento de la no aceptación.

Pero, yo me pregunto, ¿Qué de todo esto es benéfico en su totalidad para el Autista mismo? Bueno esto daría pie para una nueva vertiente de investigación que dejaré para otro momento.

INTRODUCCIÓN

La experiencia personal del trabajo con personas con Autismo, ha sido no sólo un enriquecimiento profesional sino también personal, sin embargo, aunque esto puede ser alentador para otros profesionales de la Psicología, la parte negativa de esta experiencia es que, existen deficiencias en distintos aspectos que obstaculizan, el que la atención a los Autistas sea la esperada.

Durante mi experiencia escolar en la Universidad, el contacto con los Autistas, más bien fue a través de la teoría. Es hasta la práctica formal como psicóloga que interactué con ellos. Mi primera experiencia fue en el CENTRO EDUCATIVO DOMUS. Durante el tiempo en el que trabajé ahí me di cuenta que había pocos Centros de atención en México, y que la mayoría de ellas eran financiados por los padres de los pacientes. Esto suena un tanto normal y accesible, mientras no nos remitamos a hacer un recuento económico de tratamientos médicos y terapéuticos, entre otros. Sin contar con la inversión de tiempo y esfuerzo para llegar a dichos Centros de Atención. Hablando con mayor claridad, fui testigo del impacto económico, de tiempo y esfuerzo que los familiares de un Autista invierten en él.

En el Centro donde yo laboré, había pacientes que viajaban de norte a sur de la ciudad de México, para recibir atención terapéutica. Esto es, que para ir de su casa a dicho Centro invertían 3 horas de tiempo en ir y otras tantas para regresar. Por lo que investigué si en el norte de la ciudad había algún Centro especializado para personas con Autismo, el resultado fue negativo. Ni instituciones privadas, ni públicas especializadas.

Fue por esto que junto con los padres de un niño Autista nos dimos a la tarea de crear EL CENTRO DE REHABILITACION ESPECIAL PEUHCALLI, como asociación civil, ubicándolo en el norte de la zona metropolitana de la ciudad de México.

Durante el tiempo de organización, nos enfrentamos a negativas de apoyo gubernamental y la falta de credibilidad y valor del proyecto. Finalmente después de un año de planeación es que se fundó el Centro.

Vivencí personalmente lo difícil que es adecuar y equipar un centro para satisfacer las necesidades de los pacientes. Hubo que hacer uso excesivo de la creatividad, sin embargo, todo tiene un límite.

Quizá, un aliciente para los padres de Autistas con pocos recursos económicos, sean los Centros de Salud y todas las Instancias de Salud Mental del Gobierno. Sin embargo el

tratamiento no es especializado. Esto se traduce en que los Centros Especializados son exclusivos de los que tienen dinero.

Otra dificultad para los Autistas es que aunque puedan acceder a los Centros de Atención del Gobierno, llegados a los 13 años aproximadamente y si no son sujetos de adiestramiento en trabajos manuales o de algún oficio, se termina ese beneficio y después ya no hay más que hacer; por lo que son recluidos, o mantenidos en casa sin un proyecto de vida productivo, siendo considerados pacientes sin posibilidad de adiestramiento dada su dificultad de socializar, seguir instrucciones o el óptimo manejo del lenguaje (dificultades principales y características del Autismo).

Por lo que después de 5 años de instituido el centro PEUHCALLI, (con un sistema semi-escolarizado), se diseñó la residencia para jóvenes y adultos Autistas, con un programa de rehabilitación semi-independiente. Nuevamente enfrentando las carencias de medios y materiales para la creación de este nuevo proyecto, sin embargo se logró.

A la fecha ambos Centros funcionan con el patrocinio de los mismos padres y algunas instituciones privadas, que donan en efectivo o en especie para el trabajo con la población Autista.

Cabe destacar que en el proyecto terapéutico del Centro Peuhcalli, intervenimos profesionales de Psicología y Pedagogía, para diseñarlo.

El psicólogo al igual que otros profesionales interviene en la atención del Autista y es este, el que lo hace mediante la intervención educacional y de modificación conductual. Paluzni (1991).

Todo esta reseña de mi experiencia con el Autismo en México, es para mostrar que a partir de ahí se generó en mí la inquietud de recabar e investigar, datos mas precisos respecto a este fenómeno en nuestro país; tratando de hacer una revisión histórica, desde el aspecto de la salud mental, procurando ubicar el impacto cultural y social, que el Autismo ha tenido en México en la época posterior a la Revolución.

Los objetivos planteados para esta investigación fueron:

OBJETIVO GENERAL: reconocer al Autismo como tema de Salud Mental en el México post revolucionario, identificando las distintas perspectivas teóricas y técnicas sobre este fenómeno.

OBJETIVOS PARTICULARES:

CAPITULO I: Ubicar las diferentes conceptualizaciones del Autismo concentrándose en la génesis y el tratamiento de este fenómeno.

CAPITULO II: Identificar las relaciones entre el fenómeno del Autismo y la salud mental en México.

CAPITULO III: Destacar le papel del psicólogo en las Instituciones encargadas de enfrentar el problema del Autismo en México.

El enfoque utilizado para reportar el contenido de la investigación fue la Metodológica Cualitativa, que: “se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas habladas o escritas, y la conducta observable”. Taylor y Bogda (1996). Es decir, lo que se pretende es, exponer los datos recabados tanto en Hospitales, Centros de Atención Especializada, Congresos y todos los sitios y materiales, de donde se obtuvo la información referente a la presente investigación. El procedimiento según la metodología citada, fue la recopilación del material a analizar. Esto es, textos bibliográficos y entrevistas, registrando las fechas en las que se obtiene la información; resumiendo y sintetizando lo recabado en fichas, haciendo un análisis por escrito de la información de manera inmediata a la obtención.

Los sitios a visitar para la recopilación fueron:

- El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
- El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (Biblioteca).
- La biblioteca de la FES Iztacala.
- Bibliotecas Públicas.
- Internet.
- Algunos Centros de Atención para Autistas: Domus, Pehucalli, entre otros.
- Archivo General de la S. S. A.
- Mi propia experiencia de trabajo con personas Autistas.

La forma en que se estructuró esta investigación, se distribuyó en capítulos específicos de la siguiente manera:

En el Capítulo I, en donde se pretende ubicar el concepto de Autismo y quienes lo conceptualizaron, se le denominó: “Concepciones sobre el Autismo”, destacando los primeros hallazgos y conceptualizaciones, las causas del Autismo, las teorías formuladas respecto de este fenómeno y los tratamientos respectivos.

En el Capítulo II, describo el proceso mediante el cual se le fue dando un lugar en México al trabajo con niños en salud mental, hasta llegar al tratamiento formal con Autistas. Denominándolo, “El Autismo y la salud mental en México”.

En el Capítulo III, haciendo una revisión de algunas de las Instituciones dedicadas al tratamiento de la salud Mental Infantil, centrado en pacientes Autistas y destacando el papel del psicólogo. A este se le denominó: “las Instituciones y el Autismo”.

Ya en las conclusiones traté de evaluar los obstáculos que aparecieron en la realización de la investigación y también el papel del psicólogo en la actualidad, en relación al fenómeno del Autismo y sus perspectivas así como la problemática que se abre en ese campo a futuro.

CAPITULO I

CONCEPCIONES SOBRE EL AUTISMO

En el presente capítulo, describiremos los antecedentes de casos de Autismo, sin que éstos hubieran sido nombrados así y la forma en que se intentaba dar una explicación a las conductas que presentaban esas personas, las cuales mostraban un grado de inteligencia inaplicable a la realidad vivida en su entorno. Aún con evaluaciones psicológicas, neurológicas y tantos estudios, no se ha llegado a una conclusión teórica única, pero si con muchos indicios de que los datos que arrojan los pacientes determinan que el Autismo, es un tema de salud mental y que debido a la dificultad de clasificación, continúa investigándose en torno a él.

El fenómeno del Autismo, con sus muchas incógnitas, tiene una significación profunda para las personas que tienen una experiencia de primera mano o están cerca de él. Pero, además y más allá de eso, tiene también una significación cultural más amplia. No es exagerado decir que, a través del conocimiento del Autismo, podemos llegar a comprendernos mejor a nosotros mismos. (Frith, 1991).

Quizá para hacer más entendible la experiencia del Autismo, es conveniente explicarlo a través de situaciones similares. Quien lo ilustra de manera sencilla, pero a la vez clara, es Frith (1991). Ella se remite a personajes famosos no siempre de la realidad como tal, pero que salieron de personas que los idearon o que simplemente tratan de plasmar lo que han visto en otros. Tal es el caso del cuento de “Blanca Nieves”, una joven en apariencia común y corriente; lo que Frith rescata de esta historia es el sueño semejante a la muerte, o más bien el de la muerte semejante a la vida. Esta imagen, extremadamente paradójica, representa un tipo de experiencia que resulta familiar a las personas que tienen una relación estrecha con un niño Autista; un niño guapo, que está cerca y sin embargo...tan lejano... En el caso del Autismo, aunque la apariencia del niño parezca indicar que es normal y está sano <que está “despierto”>, su aislamiento social demuestra que, en último término, no lo es, ni lo está <esta “dormido”>. (Frith, 1991).

Otro caso que también es digno de mencionar, es el de “Sherlock Holmes” del cual Frith hace un análisis. Su explicación va en torno a la personalidad tan peculiar que guarda este personaje y la asimila como una característica parecida a la del Autista. Destacando detalles como los siguientes: “Los detectives <<despegados>> de las novelas clásicas de misterio, no solo son excéntricos y raros, sino que nos recuerdan el caso de las personas Autistas muy inteligentes. Muestran un tipo peculiar de extravagancia que pueden tener también los individuos Autistas de más talento: una extravagancia que implica la posesión de buenas capacidades de observación y deducción, que no están contaminadas por las emociones cotidianas de las personas comunes” (Frith, 1991).

Al respecto, recuerdo a un chico Autista, expositor en el Congreso Mundial de Autismo 2001, en España; él mencionaba en su experiencia personal acerca de este punto, que se le hacía demasiado trivial, que los “NEUROTÍPICOS”, como él nos llama a los que nos decimos normales, le damos tanta importancia al vestir, por ejemplo, refiriéndose a la moda y la combinación de colores. Él mencionaba que se le hacía tan sencillo simplemente vestir y ya, pensando en que lo importante o el objetivo del punto era proteger el cuerpo, sin importar cómo, resaltando que los detalles o lo que a nosotros nos preocupa no era trascendental para la vida diaria.

Así también son evidentes los rasgos francamente obsesivos de *Hércules Poirot*, de Agatha Christie, con su insistencia en la limpieza y rectangularidad en todos los aspectos. A *Poirot* le gustaba, por ejemplo, los bollos cuadrados, en vez de los ordinarios de forma redonda, y se probó que cometió un asesinato porque el agujero de bala estaba situado de forma perfectamente simétrica. A partir de lo antes expuesto, surge el siguiente cuestionamiento de nuestra investigación ¿realmente es el Autismo un problema de salud mental? , o ¿es quizá que aún en México, como en el mundo no hemos aprendido a entender este fenómeno?

Para la Psicología, aún existen dificultades para concretar en diagnósticos de padecimientos de índole mental; tal es el caso de la descripción del Autismo, sus características y su tratamiento, pues en la actualidad se ha convertido en tema de gran controversia, ya que tanto su definición como su tratamiento pueden variar según la aproximación teórica de que se parta. El problema no es la variedad de modos de

abordarlo sino que, según sea la inclinación teórica del autor que lo estudia, le da por lógica un sentido particular al desarrollo de su investigación, y termina resaltando aquellas características acordes con sus intereses, dejando fuera de su campo de análisis otras que pueden ser de igual o mayor importancia. (Cepeda, 1985). Además, en el intento por pretender lograr la consolidación del diagnóstico, se olvida que se debe considerar la diversidad de aproximaciones, lo que daría un mejor resultado en conjunto.

Cabe mencionar que al exponer los planteamientos anteriores, se pretende mostrar y explicar la existencia de personajes con un perfil con características Autistas y la trascendencia e impacto para la sociedad desde tiempos remotos. Y como cada quien desde su punto de vista lo puede explicar en causas y consecuencias. Para precisar haremos un poco de historia...

LOS PRIMEROS HALLAZGOS Y CONCEPTUALIZACIONES

De los primeros casos antes de la denominación formal, se tiene referencias que en Rusia durante el siglo XIV se registra uno, con rasgos de la clasificación del Autismo. Frith (1991) en su libro, *Autismo, Hacia la Explicación del Enigma* lo menciona: “No es extraño que haya muchas historias y mitos que evoquen imágenes de personas Autistas. “El bendito Simón de Jurev”, quien murió en 1584, fue hallado en un bosque, siendo un niño salvaje, encontrado por unos campesinos rusos, mostraba conductas similares a las descritas por Kanner; en ese tiempo este tipo de personas o personalidades eran considerados “Idiotas Benditos”. El término, quizá se deba a un sentido místico, por la falta de explicación científica.

Por su parte La Dra. Wing (1981), menciona las leyendas de los “niños tocados por las hadas”, que posiblemente se referían a niños Autistas, ya que se creía que las hadas robaban a bebés humanos y los cambiaban por un hijo suyo, en ciertas ocasiones el niño era muy hermoso, pero extraño y alejado de la especie humana.

Las pruebas de la influencia del Autismo en el pensamiento religioso y político no se encuentran solo en el cristianismo oriental. El hallazgo estaba en “las Florerillas de San Francisco “una colección de leyendas escritas en el siglo trece. (Frith, 1991). Una sección entera, con 14 leyendas, contienen las historias más encantadoras y curiosas de un hermano llamado Junípero. Estas historias no solo son curiosas, sino que se llenan

de sentido, si aceptamos que se basan, en la vida de un individuo con características Autistas, (considerado así por la autora), cabe mencionar que, este personaje se contaría entre los primeros seguidores de San Francisco. Por lo que Frith lo considera Autista es porque Fray Junípero, presenta uno de los muchos aspectos sorprendentes del Autismo: la ingenuidad extrema y la poca prevención al peligro. Otro aspecto particularmente intrigante, es el de la personalidad con una razón fría, incapaz de tener reacciones cálidas, refiriéndose a la parte afectivamente social. Esto sin duda es característica inequívoca del fenómeno del Autismo. Aunado a ello, la excelente combinación de seres dotados, con un alto nivel académico en algunas áreas, que a decir verdad, se contraponen con otras deshabilitades que se presentan en los Autistas.

Brauner (1981) por su parte, menciona que en 1799, en los Bosques del Aveiron, se encontró desnudo a un niño de cerca de 11 años de edad, estaba todo sucio y con múltiples heridas. No hablaba y se comportaba como “animal salvaje”. Jean Itard, médico de una Institución para Sordo Mudos, se hizo cargo del caso. Reportó según su observación que Víctor, “el niño del Aveiron”, mostraba rasgos muy peculiares pero aún no considerados con la clasificación formal del Autismo. No miraba directamente a las personas y no jugaba con juguetes como cualquier otro niño. Todos estos rasgos son considerados fundamentales, aunque no únicos para el diagnóstico del Autismo. A partir de condicionar su conducta con un vaso de agua, fue como inició contacto con el niño.

Tiempo después, se tiene el dato que, Witmer en 1919, (citado en Wing, 1981) describe a un niño: Don, de dos años y siete meses que se comportaba como un niño Autista. Los orígenes de su comportamiento no son descritos, pero las características son muy similares a lo que se señala para el diagnóstico del Autismo. Este psicólogo lo trató por largo tiempo logrando superar las desventajas del niño.

Frith (1991), retoma lo mencionado por Dostoievski (1919), en el libro: “El Idiota”, destacando que los rasgos más sugerentes de Autismo incluyen “una conducta excéntrica e irracional”, “insensibilidad aparente al dolor”, una vida fuera de sociedad, ingenuidad e indiferencia a las convenciones sociales. Así también menciona que, por lo común sufrían de epilepsia, un signo claro de patología cerebral que se presenta en una alta porción de adultos Autistas. Tomemos esto en cuenta para ir delimitando los síntomas exclusivos que determinan al Autismo.

Frith (op. Cit.) al respecto menciona: “el interés especial que tiene, para nosotros, los “idiotas benditos”, se debe a que, al menos en algunos de ellos, existen pruebas de “Soledad Autista”. Esta no consiste tanto en una evitación directa de las personas, sino en una incapacidad para relacionarse con ellas de “la forma normal”. También resulta característico el hecho de que los “idiotas benditos” (así llamados en el siglo XIV por razones ya descritas), no tuvieran ningún sentido de las posiciones sociales, por la incapacidad para relacionarse de forma “normal” como ya se mencionó, por lo que se consideraran eximidos de las reglas habituales de “conducta educada”. Por tales motivos se puede decir, que los “idiotas benditos” eran famosos por enfrentarse a obispos y zares, a veces con efectos profundos, aplicando quizá su “Inteligencia”, aunada a su incapacidad para relacionarse “adecuadamente”. De este modo, podían tener poder e influencia o cuando menos dispensa por lo dicho o hecho por ellos. Cabe mencionar que, esta posibilidad fue explotada, por algunos impostores “como el famoso Rasputin”, mencionado por Frith (1991), aunque en su cita, no menciona detalles que ilustren el hecho.

Así pues, la carencia fundamental, es decir, su falta de conciencia de los “idiotas benditos” era, por lo que parece, de carácter principalmente social, derivada de su incapacidad para relacionarse con las personas de forma “normal”, según lo que los estándares sociales de cada época marcan. Y yo preguntaría, la no aceptación es ¿por lo mencionado por “los idiotas Benditos” o por la incomodidad que causaba lo que decían, “verdades o mentiras”?

Haciendo una última reflexión en torno a lo antes planteado sería que, si en torno al Autismo existe el problema de la definición o clasificación, ¿pudiera ser que la dificultad al aceptar su existencia, está en función de lo que puede ocasionar para quien vive y convive con ellos?

Vayamos por la parte etimológica, que dice: el término Autismo, proviene del griego “autos” que significa “mismo” y se utilizó por primera vez en el campo de la Psiquiatría, para denominar el aislamiento en sí mismo. Este término fue introducido por Eugenio Bleuler en 1911, considerado un psiquiatra eminente para designar a aquellos padecimientos psicóticos referidos a “un encierro en sí mismo” en donde los

sujetos que lo mostraban evitaban cualquier estimulación social (Polano, 1982). En un inicio “esta limitación” fue referida, a un trastorno básico vinculado a la esquizofrenia, como ya lo mencionamos, agregaríamos a esto que se concebía como una retraída, por parte del paciente, del mundo social para sumergirse en sí mismo, de ahí las palabras “Autista y/o Autismo”, que como decíamos provienen del termino griego “autos” que significa “si Mismo” o “Retirada a uno Mismo” (Frith, 1991). Cabe comentar que probablemente en ese tiempo el concepto era aplicable más a los adultos que a los infantes. (www.autismo.com/scrips/articulo/smuestra.)

Hacia el año 1933, Porter empleó la denominación “Esquizofrenia Infantil”. Simultáneamente se creaba la psiquiatría de infantes, donde se empezó a estudiar su psiquismo normal y anormal (Brauner, 1981). Al mismo tiempo en Estados Unidos, Laureta Bender, por su parte, creaba fichas de miles de niños con características similares.

De Meyer y Cols., 1982; en Cepeda (1985), afirman que el término Autismo, se usaba de modo “inconciente” bajo el marco general de “psicosis infantil”, en donde se le colocaba como análogo a la “esquizofrenia infantil”. Sin embargo, podemos decir que el desacuerdo sobre la terminología del Autismo, es debido a que ciertas características de éste, son semejantes a otras patologías y viceversa, teniendo como resultado el uso indiscriminado del término.

Fue en 1940 cuando Leo Kanner, en América, y Hans Asperger, en Austria, comenzaron simultáneamente a identificar la existencia del Autismo. Atribuyendo a este término lo que ellos consideraron, que describía lo que veían en los niños que trataban. Cabe señalar que los antecedentes mencionados en parte, dan la pauta para que Kanner y otros den el enfoque de delimitación en la aplicación del concepto solo para infantes, además de clasificarlo en esa época, como un padecimiento solamente psiquiátrico. Kanner parte de la premisa de que esos niños estaban experimentando esquizofrenia infantil, sin embargo, estaba conciente de que no exhibían todos los síntomas de la esquizofrenia y por ello usó el termino: “Autismo Infantil” para describir dicha condición. (www.autismo.com/scrips/articulo/smuestra.)

Rozental, (1983), en su libro: “El Autismo: un estudio nosológico”. Hace una revisión sobre el proceso de la consolidación del concepto de Autismo, mostrando los antecedentes más sobresalientes de los estudios referentes al mismo, incluso de estudios anteriores al momento de que Kanner llegara a formalizar el concepto. Esto lo llevó a la conclusión de que aunque se puede hablar de diversas concepciones del Autismo, antes o después de Kanner, eso no impide que el síndrome descrito por él conserve su valor nosológico.

Puntualizando en la consolidación del concepto del Autismo, en el momento en que Kanner lo formula, lo hace en base a la observación de once niños con características similares.

Al finalizar enlistó algunas características destacando dos que son ineludibles para el diagnóstico:

- a) Una inhabilidad para relacionarse con la gente y adaptarse a las situaciones ordinarias, desde el comienzo de la vida.
- b) Una excesiva ansiedad por la preservación de la igualdad en su ambiente.

Es así que 1943 se da a conocer al Autismo con el concepto que hasta hoy sigue vigente. Kanner fue quien lo publicó al comunicar el caso de los once niños que mostraban un aislamiento extraño a edad temprana como es el primer año de vida (Brauner 1981). El artículo de Kanner fue publicado en Inglaterra, donde ganó una gran atención. El término Autismo Infantil llegó a ser ampliamente utilizado en los años 50's y 60's del siglo pasado, y así, más y más niños fueron diagnosticados con esta condición. Así pues, Kanner al retomar el término, lo modifica y le da un nuevo sentido al mismo; aclarando que en los niños, el período en el que se presentan los síntomas, aún no existe ningún contenido mental susceptible de perderse, más bien lo concibe como la incapacidad para adquirirlo.

Mientras tanto Asperger, investigador de origen alemán, en 1944 reportó el hallazgo de casos similares a los de Kanner. Ambos coincidían en pensar que el origen de este trastorno provenía desde el nacimiento (Frith, 1991). Hans Asperger, identificó un trastorno de personalidad que afectaba a algunos de los niños referidos por la Clínica Psiquiátrica Infantil, pero sentía que estaban descritos imperfectamente por el término

Autismo. El define al Autismo como “la Psicopatía Autista”. Esta definición se considera más amplia que la de Kanner, pues en los casos analizados por Asperger, mostraba pacientes en los que se observaban serias lesiones orgánicas (epilepsia, entre otras) y otros en los que bordeaban la normalidad, es decir, los casos vistos por él, mostraban rasgos de severidad o por el contrario casos poco perceptibles en su sintomatología. Así pues, en la actualidad, el término “Síndrome de Asperger” se reserva a pocos Autistas, de casos con síntomas mínimos, es decir, casi normales con rasgos casi imperceptibles y con un buen desarrollo de lenguaje, es decir, lenguaje funcional (Frith, 1991). En cambio a Kanner se le acreditan los casos que presentan la constelación de rasgos “nucleares”, es decir, con problemas severos de socialización y adaptación, ansiedad por preservar la igualdad en su ambiente; casos clásicos que se asemejan a las características que él mismo identificó en su primera descripción.

En el mundo de habla inglesa el trabajo de Hans Asperger fue grandemente ignorado. Sin embargo, en el resto de Europa, él continuó realizando estudios e investigaciones y tuvo una cierta influencia sobre la psiquiatría infantil. (www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra.)

Reflexionando, pudiéramos pensar que, aunque los dos trabajaban en lugares distintos y lejanos, Kanner en Baltimore y Asperger en Viena, en ambos estudios se manifiesta que las conclusiones a las que llegaron de los casos analizados por ellos, coincidían en características y rasgos. No se sabe si Kanner era consciente del trabajo de Asperger, pero se sabe que Asperger años mas tarde leyó acerca del trabajo de Leo Kanner.

Para la presente investigación la recapitulación de estos testimonios son de gran importancia, pues son la muestra que desde el siglo pasado, el Autismo hizo presencia en el mundo y generó controversia y desestabilidad para cualquiera que tuviera que ver con él.

Pareciera ser que, en base a la falta del concepto y explicación científica, en ese tiempo, el trato para ellos fue de relativa aceptación, pero a la vez de incomodidad, debido a la peculiaridad en su comportamiento, el problema de adaptación a esa sociedad, la cual marcaba ciertos estándares de comportamiento, situación evidentemente difícil de cumplir, para los Autistas.

Ya en la actualidad y en base a la consolidación del concepto, continuemos con la definición, Judith Gould y Lorna Wing (1981), en sus estudios en Camberwell, en los 70's llegaron a la conclusión que existe un *continuo Autista*. Intentando interpretar la frase, se diría que el Autismo no es exclusivo de determinadas características, sino que existe una impresionante gama de las mismas y que no todas ellas son apreciables en un solo individuo. Es decir, el Autismo en primera instancia se consideraba un síndrome, que como tal está compuesto por varios síntomas, entonces, una aproximación a la definición debería contemplar todas las manifestaciones presentes en las personas con Autismo.

Otros autores, como Rutter, 1968; Ritvo, Ravin Yuwiler, Freeman y Séller, 1981; DeMyer y Cols, 1981; citados en Cepeda (1985), refuerzan la aseveración de Wing y Cols. Afirmando que las manifestaciones del síndrome del Autismo varían de sujeto a sujeto y también conforme pasa el tiempo. Además han observado que tales diferencias en las manifestaciones, no se deben a la presencia o ausencia de las mismas, sino más bien en cuanto a la intensidad de estas manifestaciones. ¿El no poder establecer con exactitud las manifestaciones del síndrome del Autismo trae como resultado que se tenga problemas para establecer criterios clínicos, de valoración y clasificación?

Lo que si se puede afirmar es que la definición se determina en cuanto a las manifestaciones o características que presentan los sujetos Autistas, es por esto que existen varias definiciones. Al Autismo se le considera como un Síndrome a partir de que cuenta con una serie de características que no pueden ser generalizables a todos los casos. El Síndrome es conceptualizado como el conjunto de síntomas de una enfermedad, en donde tales síntomas pueden presentarse aislados, en otro tipo de patologías, o dentro de un mismo cuadro.

Lorna Wing (1981), usó la frase de “Síndrome de Asperger” en una investigación para describir a un subgrupo distinto de pacientes que ella estaba viendo. Algunos profesionales han sentido que el término, “síndrome de Asperger” es un diagnóstico más aceptable desde el punto de vista de los padres. Ellos argumentan que hay un estigma social respecto al Autismo que no tiene el término “Síndrome de Asperger”.

(www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra.)

Muchos investigadores han trabajado en pro de la definición, quizá en busca de la delimitación de esta y así facilitar el pronóstico y diagnóstico de los pacientes con Autismo. Tal es el caso de Ruter (1978) quien se mostró interesado por presentar un panorama del Autismo, en donde revisa desde el término hasta la comparación y distinción del síndrome con otros desordenes. Así también Shopler (1981) recopila numerosos trabajos con diferentes orientaciones, que se han hecho con respecto al Autismo. Él da un marco de los diversos intereses que se han suscitado en los últimos años.

Por otro lado DeMyer, Hingtgen y Jackson (1981), en un esfuerzo por poner en claro todo el fluido de la investigación que se produjo a partir de la descripción de Kanner, nos presentan todo un panorama, que nos revela los diferentes estudios que se han llevado a cabo sobre la clasificación y diagnóstico, así como la relación con otros desórdenes, tratando de lograr un diagnóstico diferencial. Estudios demográficos, estudios sobre las características conductuales, aspectos neurobiológicos, bioquímicos, farmacológicos y pronósticos. Estos autores plantean al Autismo, como un problema que requiere ser analizado más a profundidad. (Cepeda, 1985)

En la actualidad se cuenta con una infinidad de información al respecto y con la definición ya vigente en la que se reconoce como el diagnóstico oficial, la del DSM IV-R (1985). La definición de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV-R (1985), elimina el concepto de "psicosis infantil" e incluye al Autismo en la categoría de los "trastornos profundos del desarrollo". Se señala que la sintomatología primordial del Autismo consiste en una falta de respuesta a los demás, un deterioro importante en las habilidades de comunicación y la existencia de respuestas "raras" a diversos aspectos del medio, todo ello desarrollado en los primeros treinta meses de vida.

La adopción de esta denominación "**trastornos profundos del desarrollo**" es importante, porque pone el énfasis en los aspectos del desarrollo o en las características del déficit y con ello establece una diferencia, con respecto a las enfermedades mentales que acaecen en la edad adulta. El adjetivo "**profundo**" se refiere a la distorsión general del proceso de desarrollo (implicando los procesos de comunicación, socialización y pensamiento) y a la amplitud de la anormalidad que hace que el Autismo

sea diferente de los Trastornos Específicos de Desarrollo del Habla o Lenguaje, en los que el alcance de los problemas es mucho más restringido.

El Autismo y los desórdenes profundos del desarrollo (PDDs; por sus siglas en Inglés), son desórdenes neuropsiquiátricos caracterizados por modelos de retraso y desvíos en el desarrollo de las habilidades sociales, comunicativas y cognitivas. Estas condiciones tienen su aparición en el primer año de vida, interrumpen diversos procesos del desarrollo y frecuentemente están asociadas con retraso mental. DSM IV-R (1985).

Las diversas expresiones del Autismo y de otros PDDs a lo largo del transcurso del desarrollo, presentan algunos de los más grandes desafíos a los médicos. Personas con esas condiciones pueden presentarse para cuidado clínico en cualquier momento del desarrollo.

Cabe señalar que existen ciertas vertientes que llevan a distintas estructuras del concepto del Autismo. La existencia de las distintas aproximaciones, hace pensar que cada una de estas aproximaciones tiene un cuerpo teórico muy particular. De esto da cuenta Cepeda (1985), planteando los dos siguientes puntos.

- 1) El diagnóstico: como consecuencia del problema anterior, también se ve afectado, ya que existen diferentes formas de llevarlo a cabo y describirlo.
- 2) La terminología usada: debido a las variadas aproximaciones que por su naturaleza, contienen diferentes maneras de abordar y explicar el síndrome del Autismo.

Estas concepciones y puntos de vista en torno al concepto, además de ser un motivo para muchos investigadores de distintos campos y modelos teóricos, han traído como resultado una confusión de lo que debe entenderse por Autismo.

Por ejemplo Eisenberg (1971) hace una crítica del libro llamado “Autismo Infantil” de Kugelmass (1970), quién describe al Autismo como “una completa afasia con marcada desorganización del Sistema Nervioso Central”.

Aseveraciones como ésta, provocan polémica entre profesionales que presumen de tener la definición precisa. Cabe señalar que cada aproximación teórica tiene sus

propios principios filosóficos y metodológicos, es por ello que cada una de ellas tiene una explicación muy particular (Cepeda 1985).

Un ejemplo de lo anterior es la definición de Tustin (1984), quien contempla al Autismo como: “Un estado dominado por las sensaciones, en el cual la percepción es elemental, limitada o totalmente anormal”. Él lo divide en dos tipos, de acuerdo a características particulares. Por un lado ubica al Autismo Primario Anormal (APA), el cual parece ser resultado directo de un “déficit o anormalidad de la percepción” debido a la “carencia sensorial del pequeño y la falta de estimulación”. Por otra parte habla del Autismo Regresivo (ASR), el cual parece ser resultado de una falta de atención, o una orientación anormal de ésta.

Por su parte, Makita (1974), analiza el uso contemporáneo del concepto de Autismo y expone el término de “Autismo Infantus” propuesto por Van Krevelen en 1971, que hace referencia a un estado de oligofrenia (incapacidad). El mismo, Makita analiza el término por él propuesto en 1964, de “pseudo Autismo”, donde intenta establecer una patología parecida al Autismo infantil temprano de Kanner, pero diferente en cuanto al grado de los síntomas, que no eran exactamente iguales de los de Kanner. A su vez el “pseudo autismo”, de Makita lo divide en “pseudo autismo neurótico” y “pseudo Autismo orgánico”; dependiendo del desarrollo orgánico y de la distinción psicodinámica. (Cepeda, 1985).

Rozental (1983), apoyado en la definición hecha por Ajurriaguerra dice: “el Autismo infantil precoz (así lo llaman ellos), es un tipo de psicosis infantil, quizás el tipo más común... este puede definirse como: un trastorno de la personalidad, dependiente de un desorden en la organización del Yo y de la relación del niño con el mundo circundante, característico de una conducta inapropiada, restricción del campo utilizado de los objetos y catexis cognitivas, afectivas y de la actividad insuficientes o personalmente exageradas; actitud demasiado abstracta o demasiado concreta, comunicación restringida y/o distorsionada. Además del establecimiento de relaciones inadecuadas con otras personas. Quizá, en esta definición veamos una aproximación de lo que sería la concepción de una vertiente del psicoanálisis sobre el concepto de Autismo. En esta misma dirección encontramos que Tustin, (1984), ha acuñado la expresión: “alucinación negativa” como denominación para describir esta situación. En términos

cotidianos, esta negación del mundo externo constituiría una sombra persistente que surge de una aversión intensa al “no-yo” que provoca perturbaciones tan catastróficas. El niño opta por retroceder por completo y encerrarse en sí mismo, lo cual genera la sensación de que entre él y el resto de la gente se interpone una barrera. De esta postura hablaremos en detalle mas adelante.

Por su parte Cashdan (1973), lo describe como un trastorno parecido a la esquizofrenia caracterizado por conducta atípica, alteraciones del lenguaje y una incapacidad para relacionarse con otros seres humanos, apareciendo en los primeros años de vida, incluyendo extraños movimientos físicos y expresiones faciales raras, además de mostrar aparente indiferencia al medio que les rodea.

Freedman, Kaplan y Sadook (1961), lo conceptualizan como un síndrome que se desarrolla antes de la edad de tres años, caracterizada por aislamiento, una necesidad obsesiva a que no se produzcan cambios y mutismo. (Cepeda, 1985).

Sarason en 1980 describe al Autismo como, “Autismo infantil o psicosis de la primera infancia” caracterizada por la falta de desarrollo de patrones significativos de relaciones sociales y casi total carencia de responsividad a la estimulación social.

Así también Bank y Azares, (en Ajuriaguerra, 1983), lo describen como una serie de formas muy amplias del mismo haciendo entrar en éste cuadro un gran número de trastornos emocionales que se apartan mucho de la sintomatología Autista. Schopler (1971), (en Ajuriaguerra, 1983); propone establecer una escala, ya que en la mayor parte de las descripciones no se tiene en cuenta el grado de las disfunciones de las diversas conductas. Él mismo retoma la importancia de las características y su cambio con respecto a la edad, sujeto y entornos; de hecho Kanner se basó en ciertas características disfuncionales de los once sujetos, para establecer el síndrome.

Haciendo un recuento y análisis de las definiciones anteriores, los autores especifican ciertas características para ellos relevantes o generalizables. Sin embargo, hay quienes afirman que una adecuada definición, también debe de establecer la etiología, el origen de la enfermedad, ya que ésta puede ser la responsable de las variadas conductas exhibidas por los sujetos Autistas, así se pueden crear subgrupos de Autistas. Observamos que unos resaltan ciertas características con respecto a otras., parecería que cada una tiene su grado de verdad. Esto me lleva a reflexionar y preguntar si ¿a partir de juntar todas las definiciones se haría un todo completo y perfecto? O ¿es que la

diversidad de pensamientos y planteamientos lo que dan la pauta a una polémica interminable? Veamos como hablan de las causas y veremos si esto se puede responder.

CAUSAS DEL AUTISMO

Hablar de las causas y su clasificación es importante, pues ellas empiezan a tener un papel crucial como base para su tratamiento. Cuando nos enfrentamos al problema de las causas del Autismo, topamos precisamente con dos extremos; las explicaciones biológicas y las psicogénicas, entre las últimas destacan las ambientalistas y el psicoanálisis.

Frith, (1991). Menciona que, en tanto no hay una etiología precisa, el Autismo nos mantiene en la expectativa de que todo lo que se diga en torno a él; es necesario justificarlo si es que queremos llegar a su esencia. ¿Podría ser que al describir las causas del Autismo, lo estamos comprendiendo? ¿Esto nos daría por resultado, que el tratamiento fuera distinto?

El problema de la etiología nos sitúa en torno a ciertos mitos que se producen respecto al origen de la enfermedad. Según Frith (1991), hay dos razones por las que es importante tomar en consideración los mitos acerca del Autismo; por una parte, los primeros intentos de comprender el Autismo nos brindan intuiciones acerca de él; por otro lado, si tomamos los mitos, podemos abrir caminos a una comprensión más profunda del Autismo. El Autismo ha jugado cierto papel en la definición de modelos de conducta social y política. Además si hablamos de mitos (ficciones) en torno al Autismo, ¿existiría algún misticismo (enajenamiento) en torno a él? ¿Perdería objetividad? ¿Cómo es que se le da tratamiento científico a algo místico? ¿Qué tipo de tratamiento requiere un “estado mental” que aún no esta definido en su totalidad? Veamos.

Uno de los términos con el que se ha igualado el Autismo es el de “psicosis simbólica” utilizada por Mahler en 1952; (citado en: Davison, 1966). Él la define como una patología que se presenta durante los primeros cuatro años de edad y es marcada por un extremado disgusto o aversión por la separación de la madre, negándose a relacionarse con otra gente.

En algunas formas de psicosis infantil los factores psicogénicos y los fisiológicos pueden estar tan íntimamente entrelazados, que sea difícil decidir cual puso en marcha el círculo vicioso del Autismo patológico. Los niños con deterioro neurológico son generalmente más difíciles de criar y por tanto son más susceptibles de caer en abismos sin fondo y mostrar rasgos psicóticos. En otros las características en la crianza pueden haber tenido lugar muy temprano (incluso *in útero*, por ejemplo, a raíz de una toxemia), y por tanto son indiferenciables de defectos constitucionales. (Tustin, 1980).

Para efectos de una mejor comprensión expondremos los planteamientos de las dos teorías de mayor peso en cuestión al diagnóstico del Autismo. Las Orgánicas y las Psicogénicas, veamos las características de cada una:

Teorías Orgánicas:- En ellas, el síndrome Autista es considerado como dimánate (procedente) de una alteración orgánica en lo que se le llama el “equipamiento de base” inmadurez del S.N.C. (sistema nervioso central), el sistema vegetativo (o motor) que imposibilita a estos niños poder entablar una relación estable y equilibrada con su entorno y consigo mismo. Alteración que viene a ser una desorganización químico-orgánica, no necesariamente manifestable desde un primer momento. (Garantos, 1990)

La única región del cerebro que puede haberse visto afectada por un traumatismo precoz y conducir al Autismo, es según Coleman (1979) el *tálamo*. Es una región que se halla vascularizada por la arteria cerebral posterior. Un desperfecto pre o perinatal en estos vasos (compresión, hipoxia, deshidratación, etc.) sería suficiente para explicar, según Mc Culloch y Sambrocks (1973), el déficit Autista en los niños predispuestos a una pérdida de neuronas en la región del tálamo.

Sankar (1976) se inclina por la existencia de una desorganización efectiva desde el mismo período intrauterino, que se explicitaría en un subdesarrollo morfológico. Rutter (1972) habla de un *déficit cognitivo central* que le ayuda a explicar el porque de las dificultades en la comunicación. Hauser (1975) se inclina por la existencia de disfunciones localizadas, más que globales. Dámaso (1978) arriesga más cuando dice localizar la desorganización cerebral en el lóbulo temporal frontal y en los núcleos

grises centrales. Añade además que las infecciones perinatales como potencial etiología podrían explicar la edad de aparición del Autismo.

Ornitz (1978) menciona que la existencia de anomalías en el sistema vestibular, provoca que no se dé una integración de los estímulos, propia de los núcleos vestibulares.

Los mismos defensores de las teorías organicistas, afirman que es posible evidenciar una disfunción cerebral sin la implantación de electrodos y sin la utilización de técnicas histopatológicas que examinen en profundidad el SNC, incluyendo el sistema límbico, sin embargo no exponen la explicación al respecto.

En un trabajo reciente sobre un tipo orgánico de psicosis infantil, cuatro organicistas han escrito lo siguiente: “con frecuencia es difícil distinguir los casos de psicosis o Autismo infantil que están asociados a condiciones orgánicas de aquellos que aparentemente no lo están” (Cobett; en Tustin, 1980). Ello implica que estos autores aceptan que, en algunas formas de psicosis infantil, no existe etiología orgánica aparente y puede valer la pena investigar los factores psicogénicos. Sin embargo, incluso en relación con los niños en los cuales los factores psicogénicos parecen ser los más operativos en la etiología de la psicosis, el psicoterapeuta prudente no dejará de lado la posibilidad, de que estos niños puedan tener algún daño neurológico o desequilibrio metabólico, que no puedan ser detectados por las investigaciones físicas al alcance en el momento. Por lo tanto esta es un área en la cual es indispensable un conocimiento médico profundo.

Al respecto, Tustin (1980), lo menciona claramente: “...ninguna forma de psicosis infantil puede ser atribuida exclusivamente a causas psicogénicas.... Es difícil separar los factores orgánicos, metabólicos, y psicogénicos de modo que me parece lamentable que los partidarios de la psicodinámica y los organicistas adopten actitudes diametralmente opuestas”.

Otros supuestos que se acercan a la tendencia organicista, serán mencionados de manera breve, sin embargo no existe información de peso para considerarlas como teorías de la causa del Autismo:

AUTISMO POR TRASTORNOS INFECCIOSOS: el virus de la rubéola como una etiología evidente en la facilitación de Autismo.

AUTISMO POR DEFICIENCIAS INMUNOLÓGICAS: Las anomalías del sistema inmune pueden estar directamente relacionadas con el proceso biológico subyacente en el Autismo o estos cambios pueden ser un reflejo indirecto del mecanismo patológico real.

AUTISMO POR ALTERACIONES METABÓLICAS: Ya en 1969, Friedman publicó un trabajo que señalaba, que los niños que habían sido diagnosticados de Autismo, de hecho, tenían una enfermedad metabólica llamada fenilcetonuria. En el terreno de los errores metabólicos se ha situado la investigación en tres campos distintos de desigual interés e importancia. Estos son: el metabolismo de los aminoácidos, las vías sintetizadoras de la purina y las vías metabólicas de los carbohidratos.

AUTISMO POR DESEQUILIBRIO DE LOS NEUROTRANSMISORES: Se sabe que los niños normales, al nacer, tienen elevados niveles de serotonina en las plaquetas, que van disminuyendo a lo largo de la vida y se estabilizan en niveles bajos cuando se llega a la vida adulta. Sin embargo, un alto porcentaje de Autistas (entre 30-40 por 100) no consiguen esa disminución y quedan en un estado hiperserotonémico para toda la vida, al igual que les ocurre a niños que no son Autistas, pero sí severamente retrasados (Hanley y col., 1977; En Martos, 1989).

Teorías psicogénicas.

Con fundamento principalmente psicoanalítico, resalta el trabajo hecho por Margaret Mahler, Médico y Pediatra, quién en base a la descripción del su modelo de “desarrollo emocional del niño”, define y diferencia al Síndrome Autista de Síndrome de Psicosis Simbiótica. Que aunque parecieran ser iguales, desde el punto de vista del uso del concepto. Desde su enfoque Mahler lo describe claramente.

Su modelo fue difundido ampliamente en el psicoanálisis contemporáneo y en algunas concepciones Freudianas. Su trabajo data de principio de la década de los años 40's, del siglo pasado, tiempo en el que Kanner trabajaba en la descripción del concepto. Incluso

ella reconoce y reafirma el concepto que Kanner describe como: “Autismo Infantil temprano”.

Mahler plantea que de primera instancia las psicosis infantiles, que no solo son las referidas aquí, son claramente diferentes a las enfermedades mentales. Así mismo, define a la “Psicosis infantil” como la “...inhabilidad sorprendente de parte del niño psicótico, para poder siquiera ver el objeto humano en el mundo externo, no se diga interactuar con él como otra entidad humana separada” Mahler en (Bleichmar, 1989). Al mismo tiempo plantea en la definición y diferenciación con el Autismo, que por su parte los niños Autistas, nunca habían mostrado capacidad para establecer relaciones significativas.

Según Malher, los padres de los “Psicóticos Infantiles”, manifiestan haber “enfermado” repentinamente en el curso de su crecimiento, es decir entre el año y los tres años de vida y su hipótesis, al respecto es que la causa se debe a la “separación emocional de la simbiosis con la madre lo que actuó como disparador inmediato para desconectarse psicóticamente de la realidad”. Todo este planteamiento con el fundamento de su modelo de desarrollo emocional del niño. Plantea además, que el desarrollo del infante, transcurre por diversas fases, una de las cuales “se caracteriza por tener como eje, las ansiedades de separación respecto de la madre”, Malher en (Breichmar, 1989).

En cambio con el Autismo, Malher, (Op. Cit.) lo define, basándose en los aportes de Kanner, como una dificultad para establecer un vínculo emocional con la madre. Mientras en “la Psicosis simbiótica”, se refería a una fijación o regresión a la etapa de simbiosis normal Estas características son mencionadas por Malher como diferencias, entre Autismo y Psicosis Infantil.

Por último, menciona también las similitudes que se pueden dar en ambos casos, y las expone como parte del planteamiento de su “Modelo de Desarrollo Emocional del niño”, en donde:

- 1.- Menciona que todos los niños pasan a lo largo de su desarrollo por una etapa de separación e individuación.

- 2.- Propone que la conciencia de separación que se logra en esta fase del desarrollo se acompaña de una ansiedad específica, es decir, la ansiedad que debiera ser normal es vivida con un pánico de desintegración como una amenaza vital.
- 3.- La separación individuación normal, es el primer prerrequisito crucial para el desarrollo y el “mantenimiento del sentimiento de identidad”.
- 4.- Finalmente puntualiza que los niños Autistas, o simbióticos, no saben con claridad quiénes son ni quien es el ser humano que los acompaña. Pueden incluso confundir a un ser humano y a sí mismos con objetos inanimados.

Destaca además que en ambos cuadros clínicos, se padece de una perturbación de los límites entre el enfermo y el medio. Mientras que en los Autistas este límite está rígido, o endurecido, como si el niño estuviera dentro de una armadura de acero. En los simbióticos, la madre y él son una sola cosa.

En otro planteamiento al respecto, Tustin, (1984), intenta explicar al Autismo basándose en el trabajo cinematográfico de Spitz en su filme “*Grief*” y Genevieve Appell en “*Monique*”; ambas películas ilustran, Según Tustin, las causas del Autismo, las cuales, se encuentran en lo que ellos llaman Condiciones Autistas. En Instituciones denominadas por ellos mismos “retrogradadas” en las que los pequeños eran alimentados y cuidados con “principios estrictamente higiénicos”. Es decir, los bebés permanecían en cubículos ocultos tras cortinas y nunca se los sacaba de su cuna. Cuidados por niñeras que rara vez jugaban con ellos, les brindaban consuelo o los hacían objeto de mimos. Concluyen que la falta de estímulos sensoriales precedentes del exterior, así como la de alivio de la excitación interna, conducían a un estado de debilitamiento total y llegaban a provocar la muerte de algunos bebés antes de los dos años y medio de vida, muerte física; pero que en el Autista, en palabras de Tustin, sería: “una muerte en vida, por la negación del contacto con el exterior y la cancelación de relación total”.

Por su parte Shevring y Toussieng, (1965; en Tustin, 1984), comentan que la insuficiencia de estimulación táctil en los bebés criados en Instituciones son las causas de efectos deletéreos (mortales). Así mismo obtuvieron pruebas relativas a los efectos nocivos que provocan una estimulación táctil excesiva. En ambos casos los bebés ponían de manifiesto reacciones de tipo Autista, que para manejar la irritabilidad

carente de alivio provocada por la primera de esas situaciones o la estimulación excesiva de la segunda.

(Tustin, en Garantos, 1990) señala, que el niño permanece o regresiona a un estadio donde se encuentra dominado por la sensación, sin ser capaz de llegar a la percepción y es así como el desarrollo de sus funciones cognitivas y afectivas se deteriora, o se estanca. La infantilización del niño, las depresiones y las inculpaciones maternas, la ausencia de afectividad, la psicodinámica familiar conflictiva, las actitudes de rechazo manifiesto o encubierto las más de las veces, la hiperprotección, la misma falta de estimulación ambiental, etc., son factores a tener muy en cuenta a la hora de abordar al niño Autista.. Para entender la visión Psicogénica del Autismo, es pertinente exponer brevemente las causas que se consideran hasta ahora vigentes para el diagnóstico desde esta perspectiva.

Bowlby, (1969; en Tustin 1984), por su parte menciona que; “los bebés necesitan algo mas que el mero suministro de alimentos. Dos de los ingredientes principales.... La existencia de una estimulación sensorial tolerante proveniente del exterior y el alivio de la excitación provocada por una estimulación proveniente de fuentes internas y externas. (...) los pequeños necesitan de sus padres y en particular, de una madre que se halle capacitada para soportar las dificultades y frustraciones inevitables derivadas de su diferenciación del mundo externo y asociadas a diferenciaciones intrapsíquicas”. Los padres o un miembro de la pareja que sea demasiado maleable, pueden impedir que los citados procesos se desarrollen satisfactoriamente. “...En Autismo el recurso de la Educación Especial para niños con TGD (trastornos generalizados del desarrollo) es el amor, es una profesión de infinito amor, que debemos demostrárselo a los niños con trabajo, para que sean más comunicativos, habilitados, productivos e independientes. Los niños Autistas tienen carencias emotivas, pero no carencia de amor” Bowlby, (Op. Cit.).

(www.autismo-congress.net/argomento1b.htm)

Dentro de la misma tónica de las causas, está otro personaje sobresaliente en torno a la explicación del Autismo y ese es Bethelheim quién por su parte señala, en un resumen global a su planteamiento: “a propósito de la etiología o de la patogénia del Autismo, siempre falta un eslabón. Así que se acaba por suponer siempre una anterioridad, un

trastorno que precede al que se localiza, hasta remontarse al período prenatal o a transmisiones intergeneracionales”. Es importante recordar en este sentido, la distinción que hay que hacer entre niveles a menudo mezclados en las discusiones en torno al Autismo: el nivel etiológico -la cuestión de la causa, del por qué-, el nivel patogénico -el cómo-, y lo que es del orden del fenotipo, del fenómeno tal como se manifiesta. Además, por su parte Bethelheim considera de mayor influencia las primeras relaciones entre la madre y el hijo, que facilitan determinadas experiencias, que serían las consideradas, por estas teorías como las generadoras del Autismo y de las psicosis infantiles en general (Bethelheim, 1977; en Rivera, 2003). Estas relaciones tienen una gran incidencia en los primeros momentos de la vida hasta que el niño comienza a andar, que es propiamente cuando, siguiendo el curso normal del desarrollo, el niño se individualiza de la madre. Desde este punto de vista, en estas primeras relaciones es en donde se producirá un fracaso en la formación del Yo, desintegrando sus estructuras psicológicas, una detención o regresión a un estadio primario del desarrollo en el cual se fija, como apunta Tustin, (1985).

Es sabido que existe un periodo normal del desarrollo al comienzo, de la vida del niño y posteriormente un lapso en el que aparece el Autismo de la primera infancia. Y como paso obligado el pequeño, se vuelve un ser muy vulnerable, se protege del encuentro con el mundo exterior y con los otros, el cual se torna en una experiencia “brutal” o traumática por llamarlo de algún modo.

Dada nuestra formación, nos preguntamos. ¿Esta concepción podría ser ubicada dentro de la perspectiva psicoanalítica? Sobre todo por la perspectiva de autores que a continuación mencionamos.

Nos hemos apoyado en algunos casos que son extraídos del trabajo de investigación de una antropóloga, Myriam Rivera. Ella estudió en la Universidad Nacional de Colombia en el año de 2003. Dentro de su investigación plantea que estos casos y profesionales que los enfrentaron son autoridad en el tema. Lo importante de esto es ver, desde que punto de vista plantean las causas, sus conclusiones y las aseveraciones que en un momento dado son capaces de hacer.

Para el doctor Zappella la categoría con la cual califica a sus pacientes es que son: *unos pequeños tiranos*. “Los Autistas descritos aquí, son unos manipuladores y perversos dueños del mundo cuyo único deseo es someterlo a la propia voluntad...”

Su análisis versa en cuanto al manejo y control tan extraordinario del pequeño hacia sus padres; comenta además. “..Al decir que Nicola elige negarse a los juegos de sus padres y tiene posesión de ellos hasta el punto de manejarlos a su antojo, éste caso le restituye al pequeño su estatuto de sujeto autónomo, pues en el escrito es Nicola quien decide no caminar sobre sus dos piernas, no comer galletas, no cumplir las disposiciones ajenas; en pocas palabras Nicola decide automáticamente no dejar de ser Autista.” (...) (Rivera, 2003).

Comentando, haré una pregunta ¿sería que realmente la negativa de Nicola, fuese por llamar la atención al grado de negarse a si mismo la posibilidad de ser?

A continuación se plantea un párrafo muy breve de un episodio extraído, referente a la manifestación de la patología de “Nincola” y el tratamiento propuesto por el Doctor Zappella, así como la conclusión a la interpretación del Autismo del paciente: Con base en lo planteado como interpretación del Dr, Zappella, “Nicola decide automáticamente no dejar de ser Autista”. Sucedió que al presentar un berrinche, los padres acudían al pequeño y lo atendían, pero un día la madre le dice al padre que lo ignore y que aún más preste atención a su otro hijo, lo que provoca una reacción diferente en Nincola”.

Por lo que Dr. Zappella concluye, según lo expuesto por Rivera (2003): “...la curación libera a la familia de Nincola, porque estaban sujetos a los deseos fuera de lugar del pequeño Autista”. En esta medida, al liberar al Autista de su padecimiento, el doctor Zappella ha quitado de encima de la familia al Autista. Enfermo y enfermedad han sido retirados. “El sujeto mostrado por esta historia es un dictador egoísta que elige comportarse como tal; un pequeño <<rey>> que, porque así lo quiso, era capaz de dominar a quienes le rodean con el único fin de imponer sus deseos sobre los otros. Este despótico infante constituye otro de las posibilidades de interpretación escritos para los Autistas. A la vez, Nerón era ridículo. Era su costumbre cubrirse la calva con una galera, peluca que era usada por las prostitutas del Imperio. Nerón, según la descripción del doctor Zappella, era el destino del pequeño Nicola, era Nicola adulto y Nicola rey”. (Rivera, 2003)

Aquí mi cuestionamiento a la interpretación del Dr. Zapella, que menciona que en la medida de la aplicación del rompimiento de una conducta provocadora de la actitud Autista se erradica el padecimiento; ¿esto es así de fácil? Si partimos del hecho de que en el Autista una de sus mayores carencias es la socialización., ¿cómo puede lograrse ese cambio en la actitud del niño? ¿El berrinche era generado para provocar la atención de los padres? ¿El niño tenía conciencia de esto?

Pues, de ser Autismo como ya lo hemos descrito, la reacción de los padres no provocaría cambio en la conducta de Nicola. Probablemente hablemos de rasgos Autistas. Lo que es digno de destacar es que, si es verdad que, pareciera que los Autistas lo son por decisión propia, y que su actitud en ocasiones refleja desdén y condicionamiento para quienes habitan con ellos. Con estas consideraciones nos preguntamos, si el autor citado está trabajando bajo una perspectiva psicoanalítica. Lo dudamos, pues la referencia a los conceptos propuestos por Freud no la encontramos.

En contra parte en éste otro caso, el de nominado “el autómeta”, veamos cual es el análisis realizado por el Dr. Bettelheim:

“Joey ingresó a los nueve años de edad a la Escuela Ontogénica del doctor Bruno Bettelheim, Institución en la que vivió durante varios años. En este lugar, Joey cobra una vida intensa y maquina a un mismo tiempo fácil y difícil de imaginar con las descripciones del doctor Bettelheim. Este Autista, más que resultar una persona desviada, con acciones anormales, parecía no tener una vida personal propia; en palabras del doctor **Bettelheim**, Joel más que a un ser humano, se semejaba a un electrodoméstico”. (Rivera, 2003)

Este pequeño, descrito por el doctor Bettelheim, es un niño Autista con todo lo que implica padecer de este trastorno. Pero a diferencia otros casos, este muestra al pequeño no solamente a partir de aquello que lo hace similar a otros pequeños, como son los síntomas del Autismo, sino también en sus particularidades. “Joey no era un niño Autista tan perpetuamente ‘no existente’ como muchos otros... los cuales, por su ferocidad, han sido comparados con animales y llamados niños ‘salvajes’ (como el caso del niño del Abeiron, mencionado en este capítulo). La suya no era una existencia humana reducida ni parecida a la de un animal...” (Rivera, 2003)

“...En algún momento, Joey dejó de dirigirse a los demás. ... Otra vez, se trata de tomar autónomamente la decisión de no ser autónomo. De nueva cuenta en la interpretación del doctor Bettelheim, el trastorno autista de Joey... < proviene de algún sitio secreto en su mente, no apareció allí de la nada, sino que fue una determinación tomada por Joey libremente>”. (Op. Cit., 2003)

La estancia del menor en esta Institución, de acuerdo con el doctor Bettelheim, tuvo un efecto negativo en Joey. “...Como si se tratase de un efecto en cadena, la ausencia de afecto fue seguida por una falta de Joey aún mayor, con lo que, siguiendo las características de la enfermedad de Joey según Bettelheim, no podía más que acentuar su estado Autista. Aquí, la explicación del mal del Autista, toma la forma de una ecuación, cuyos términos revelan que el vacío en Joel, es directamente proporcional al vacío en su ambiente; o mejor, que entre menor sea el contenido de afecto en el medio, menor será el contenido de Joey, de persona, en el cuerpo del niño. De esta forma, Joey se llenó de máquinas. Así, el circuito trazado por el doctor Bettelheim sobre su paciente se halla completo. (Rivera, 2003). A diferencia del caso del Doctor Zeppella, el del Doctor Bettelheim, plantea en si lo que es el Autismo, y desde nuestra perspectiva se acerca más a la postura e interpretación psicoanalista. Dado que habla de la ausencia de amor y la dificultad para que el <<yo>> pueda surgir.

He de mencionar que estoy conciente que esto es poco, para dar un referente de lo que en psicoanálisis, sería un tratado de Autismo y Psicosis infantil, y quizá mi razón sea que no me considero tener la información, ni la preparación para hacer un buen análisis al respecto, mi fin es poder plantear brevemente las distintas visiones sobre las causas del Autismo y cómo diversos profesionales hacen sus planteamientos al respecto. Quizás en otro momento, esto se preste para poder ahondar y revisar los planteamientos psicoanalíticos de autores como, Winnicott, Dolto, Mannoni, Levin, Jerusalin, Sky, entre otros. Pero sé que de ser así, daría para otra investigación.

Otra aportación a la interpretación psicoanalítica es la da Reiser (1963) quien utiliza los términos de “desarrollo atípico” y “desarrollo atípico del ego”, términos que han sido usados para algunos psicoanalistas y orientadores de corte psicoanalíticos para describir pacientes similares. (Cepeda, 1985). Lo que nos queda claro es que la teoría psicoanalítica habla de que, en el Autismo no se da una relación objetal.

En esta misma línea Tustin, en Garantos (1990) afirma que, el cuerpo del niño Autista no existe en cuanto tal, sino que existe en cuanto conjunto de órganos discretos, no se puede constituir una proyección de una imagen del cuerpo como unidad, por lo tanto se encuentra en una amenaza de fragmentación: mano, brazo, vientre... estos –objetos parciales para el observador – son individualmente vividos por el niño como objetos totales: él es todo vientre, todo brazo... esta idea nos introduce en toda la teoría que se ha elaborado sobre la noción de *objeto Autista*, que puede ser una parte del cuerpo del niño o partes del mundo exterior vividas por el niño como formando parte de su cuerpo. Esto forma parte de la visión psicoanalítica. El abordaje psicoterapéutico deberá focalizarse hacia el no-yo terrorífico, procurando hacerlo más aceptable, asequible; el terapeuta deberá actuar como <<dispositivo filtrante>> de toda la realidad exterior contra la cual el Autista se defiende porque la vive como agresiva, como terrorífica.

TRATAMIENTOS

Como puede ser tratado el Autismo

Hasta el momento se habla de que no hay “cura” para el Autismo. Las terapias o intervenciones son diseñadas para controlar síntomas específicos en cada individuo. Las terapias mejor estudiadas incluyen intervenciones médicas y de educación que se centran en determinadas conductas y su modificación. Aunque estas intervenciones no curan el Autismo, ellas a menudo logran una mejora substancial.

Para el terapeuta, el valor central de la clasificación diagnóstica no debiera residir en ponerle un rótulo al niño, sino en construir un medio apropiado para evaluar las posibilidades de tratamiento. El principal impedimento que obstaculiza el tratamiento de todos los niños psicóticos es la barrera “Autista” que parece existir entre ellos y el mundo externo. La naturaleza de las barreras Autistas, parecería constituir un medio de expresar de manera concreta, el Autismo patológico de los niños psicóticos. (Tustin, 1984).

Tustin, (Op. Cit.) complementa su pensamiento, apoyado en Rutter (1966), quien realizó una investigación, dentro del programa de tratamiento del Autismo, en el Hospital Maudsley. En él compara un grupo de niños psicóticos, con un grupo control de niños no psicóticos. Al respecto dice: “tal vez la diferencia mas llamativa entre el grupo psicótico y el grupo de control era, la no distractibilidad de los niños psicóticos,

en particular con referencia a los estímulos auditivos. Ello sugiere, una diferencia o anormalidad en la percepción de estímulos”. Tustin al cabo de esto, concluye su exposición de la comparación de estos dos tipos de abordaje para el diagnóstico, y desde su punto de vista el más adecuado implica la apertura o diversidad de pruebas, que puedan proporcionar mayor precisión y mayor información. De manera textual opina: “la división psiquiátrica corriente de los niños psicóticos en los que se hallan afectados de Autismo infantil precoz y los que sufren de esquizofrenia infantil es demasiado rígida y deja de lado a muchos pequeños que no encajan en ninguna de las dos categorías”.

Así pues, “la clasificación sugerida por él: el diagnóstico diferencial, ya mencionado; consiste en estudios diversos que den un panorama general y más amplio del estado del paciente, considera que este, sugiere más alternativas de clasificación, para no caer en el no diagnóstico o la imposibilidad del mismo en casos “complicados” para efectuarlo.

Es como lo diría de manera concreta, Creack, 1967; en Tustin (1984), evitar que el diagnóstico sea una “...simplificación excesiva y paralizante”.

Dicha clasificación o proceso diagnóstico se puede efectuar tras varias semanas de estudio en una situación clínica, un profesional capacitado en psicología profunda que tuviera considerable experiencia con los niños psicóticos.

Ello proporcionaría un esquema integrado que establezca una relación entre el Autismo propio de condiciones tales como la ceguera, la deficiencia mental y la disfunción cerebral, por un lado y el Autismo del síndrome de Kanner y otros trastornos interrelacionados. (Tustin, 1984)



En psicoterapia se toman en cuenta factores psicogénicos, por lo que es probable ayudar a algunos niños psicóticos con una psicoterapia que logre superar su Autismo patológico.

Winnicott (1958) famoso psicoanalista de niños (en Tustin, 1980) señala: “para su mejora, hay que ayudar al niño a que abandone los falsos artefactos tales como los objetos Autistas y confusionales, ponerse en contacto con el núcleo autentico del sí mismo en el centro de su ser, ese es el objetivo fundamental del tratamiento”. “Como resultado el niño podrá desarrollar un núcleo de integraciones sensoriales que le posibilitan una vida interna de sueños y fantasías y actividades simbólicas, siendo menos dependiente de los soportes externos que considera como parte de su propio cuerpo. Es un proceso largo y difícil que a la luz de nuestros conocimientos actuales, solo es posible con algunos niños, pero a medida que aumenta nuestra comprensión, nos es posible ayudar a más y más niños. Sin embargo, cabría la posibilidad de enfocar la atención a las demandas y necesidades de los padres en cuanto a la rehabilitación de su hijo”. ¿Será que le es importante dicho planteamiento? ¿Cuánto tiempo llevará este tratamiento? ¿Pudiera ser que el diagnóstico y el pronóstico puedan afectar, para que el padre considere tratamientos mas visibles y tangibles? es decir, ¿a partir de no saber la causa del Autismo, no sería mejor un tratamiento que lo habilite en su desarrollo y lo haga más funcional?

Por su parte *El método montessori*, considerado por Garanto (1990) como un método global, cuyo fin principal es liberar el potencial de cada niño para que se autodesarrolle en un ambiente estructurado, ello a través de la educación motriz y la de los sentidos, es utilizado con sus adecuaciones en niños de educación especial. Su principal finalidad, es ese autodesarrollo, a través de la manipulación del medio.

La musicoterapia, también considerada por Garantos (1990), técnica reeducativa, ayuda a manifestar al niño sus emociones, su mundo más intimo, permitiendo al mismo tiempo una toma de conciencia y una maduración del mismo.

Tratamientos no ratificados

No debería sorprender que todos los tratamientos concebibles hayan sido utilizados. Los tratamientos propuestos incluyen diversos agentes farmacológicos, tratamiento somáticos (tales como terapia electro convulsiva, terapia de grupo, entrenamiento

auditivo e imitación), psicoterapia, vitaminas, cambios en la dieta, tratamientos esteroides, inmunoglobulinas, así como otros (Campbell y otros, 1996 – DeMyer y otros, 1981 – Gillberg, 1990 - Le Couter, 1990; En Matos, 1989). Desafortunadamente, la mayoría de estos tratamientos, no han sido sistemáticamente evaluados. Además, existe una parcialidad por la publicidad de informes sobre casos únicos, si los resultados son positivos. Los cambios a corto plazo pueden ser no específicos y no permanentes.

Y es entonces que crece la incógnita y la curiosidad de saber, ¿si es en sí, que los padres o profesionales persiguiendo ese crédito personal o ese beneficio económico, consideren estos hallazgos como el motivo de cura y que los haga crear alternativas de tratamiento, poco fiables? Pues el hecho de que no exista la causa y el tratamiento eficaz y el diagnóstico sea bastante variado por no decir impreciso, sea lo que motive la actitud para buscar la “cura “de los Autistas, de una manera poco seria y profesional, inventando o publicando descubrimientos de dudosa veracidad.

Debido a lo anterior, es que el tratamiento resulta hasta cierto punto limitado o impreciso por el desconocimiento actual de la etiología, pues hay quienes afirman que, éste debe dirigirse integralmente a modificar la conducta de aparente indiferencia del Autista, (Escotto, 1991). Esto partiendo del hecho que los Autistas tienen respuestas emocionales muy pobres o en muchos casos muestran malestares repentinos fuera de contexto. Al respecto, estas aseveraciones son el producto del trabajo y la experiencia del Dr. Escotto y su equipo de colaboradores en el “Programa de Terapia Ambiental” iniciado en 1980 en el Hospital Psiquiátrico Infantil <<Dr. Juan N. Navarro>>.

El Dr. plantea desde su experiencia que, la planificación del tratamiento debe estar relacionada con el estudio de los niveles actuales del funcionamiento del individuo, es decir, sus habilidades y debilidades; debe considerarse una visión a largo plazo, en lo que respecta al potencial de la persona Autista. La planificación, implica vincular la atención de las intervenciones en educación, situaciones de vida en grupo y programas de día y vocacionales de base comunitaria. Además de incluir un adecuado compromiso y colaboración con la familia del individuo. Añade, que la intervención debe ser focalizada e individualizada y debe ser lo suficientemente amplia en relación con toda la gama de deterioros. Teniendo en cuenta la edad del individuo, la planificación del

tratamiento debe incluir la provisión de oportunidades, estructuras para el aprendizaje y para la generación de lo que aprendió. Los individuos con Autismo requieren un alto nivel de cuidado general clínico y psiquiátrico que incluye prevención de medidas rutinarias y prevención de la salud así como de las necesidades especiales de una persona discapacitada. <http://www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra>.

Es importante tener en cuenta que, la intervención en la educación y la vocación, indica que en educación especial puede facilitar el aprendizaje del Autista; esto debe ser tomado muy en cuenta por los profesionales que queremos incursionar en este campo, y en lo personal esto me consta de propia experiencia. Así también, el espacio educativo debe ser elegido para que sea adecuado a las necesidades de él.

Un punto importante a considerar es que, el entrenamiento vocacional y pre vocacional es importante en los adolescentes con Autismo y otros PDD's; esto apunta principalmente al empleo protegido o independiente y brinda importantes oportunidades para un desarrollo social continuo, así como ayudar a maximizar capacidades para la vida independiente. En algunos casos el cuidado residencial a corto o largo plazo, puede brindar entrenamiento y preparación importantes para una vida más independiente.

Por otro lado, la intervención temprana y permanente parece ser particularmente importante, de acuerdo con la filosofía del programa, prolongándose hasta que brinde un más alto grado de estructura (Rogers, 1996). Los procedimientos que fortalecen conductas deseadas y/o disminuyen conductas inadaptadas indeseables, son utilizados dentro del contexto de un cuidadoso e individual plan de intervención fundado en la observación del individuo (Campbell y otros, 1996). Resulta claro que las intervenciones en el comportamiento pueden facilitar significativamente la adquisición del lenguaje y de habilidades sociales y de otro tipo, y que la mejora de la conducta ayuda en la reducción de los niveles de tensión de los padres.

Por otro lado, el entrenamiento en habilidades sociales puede utilizarse para mejorar la competencia social y crear habilidades de la misma índole (Lord, 1993; en <http://www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra>.)

Así también se recomienda, el apoyo de los padres y parientes de los niños con Autismo, que es una parte integral del proceso de tratamiento, deben ser alentados para

comprometerse en la evaluación y el proceso de tratamiento, (Morgan, 1988; en <http://www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra>.) la presentación de la evaluación del diagnóstico inicial y la interpretación de sus resultados a los padres es importante. Los padres pueden estar en alto riesgo de depresión o enfermedades relacionadas con la tensión, como resultado de los problemas inherentes a convivir con un niño con seria discapacidad.

Actualmente la utilidad de la psicoterapia en el Autismo es muy limitada. Cabe señalar que los síntomas centrales, es decir los diagnosticados como Autistas, no siempre responden a la psicoterapia; este tipo de terapia, es mas aplicable para el trastorno de Rett y trastorno desintegrativo de la infancia.

Sin embargo, se sabe de casos de individuos Autistas con alto funcionamiento y aquellos con trastorno de Asperger, que han sido beneficiados con la psicoterapia. <http://www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra>

Los tratamientos antes mencionados son los que en la actualidad están vigentes y son los considerados mas efectivos, debido a los resultados arrojados después de las intervenciones en las personas con Autismo. Sin embargo, existen otros tantos que no son del todo confiables dado que no ha habido resultados contundentes como para tomarlos con la seriedad del caso, como ya se había mencionado.

Pero aún con esta reflexión queda pendiente también una pregunta. Se dice que el Autismo no es una enfermedad, sino un desorden generalizado del desarrollo. Entonces ¿realmente la gente que ha generado estos centros de atención y estos tratamientos, estará conciente de que el Autismo es tratable y no curable? Y nuevamente la pregunta ¿existirá la posibilidad de buscar ese protagonismo en miras a satisfacer o cubrir esa sensación de insatisfacción por hallar una solución a su “problema”, de tener un hijo Autista?

Entonces, puede ser que toda persona involucrada con el Autismo, se vea fascinada o atraída a la investigación de este padecimiento, por las causas ya mencionadas. O porque aún no hay una manera precisa para denominarlo y esto fomente el que se siga con expresiones tales como: “el Autismo se clasifica, como uno de los desórdenes extendidos del desarrollo”. O en el caso de algunos médicos que los califican como:

"perturbados emocionalmente". Así mismo, se puede correr el riesgo que debido a la variabilidad, algunas personas con Autismo pueden ser no reconocidas, especialmente aquellos que se encuentran levemente afectados o aquellos con impedimentos múltiples.

En concreto, puede ser que el diagnóstico impreciso, la necesidad de los padres o las consideraciones erradas de "curar" al Autismo, sea lo que nos ha llevado a que cualquier persona involucrada con éste, considere sentirse con el derecho a trabajar, investigar y proponer soluciones o alternativas de atención, manifestadas en el establecimiento de asociaciones e instituciones, en donde la característica principal es que están formadas por grupos de padres y algunos profesionales, que viven la experiencia con un Autista y que de paso habrá algunos de ellos que lo miren además con una doble ventaja, ya sea económica o de imagen o prestigio, lo que haya generado dicho fenómeno. Lo cierto es que hasta hoy y en todo el mundo se viven situaciones similares y nuestro país, participa a partir de la influencia principalmente de Estados Unidos y de algunos países de Europa, pues México no es considerado pionero en este terreno. Simplemente se encuentra en el proceso de trabajo de adaptación de lo ya descubierto y de reportar los resultados en torno a las aplicaciones. Pero todo ello ha sido con un gran esfuerzo pues se sigue viviendo la falta de apoyo gubernamental debido al poco compromiso y falta de interés a las necesidades del Autismo.



CAPITULO I I

EL AUTISMO Y LA SALUD MENTAL

EN MÉXICO

Para abordar este tema es pertinente ubicarnos en el contexto, desde los comienzos de la concepción de la Salud Mental y la Psiquiatría Infantil en México, así como de los orígenes de la conceptualización del Autismo y los primeros casos en nuestro país.

En la página de Internet de “Salud” del gobierno de México, en el artículo de “Fondo de Beneficencia Publica”, se hace una recopilación tanto de la visión y concepción de la población con necesidades de atención en Salud Mental y Asistencial, es decir, la población vulnerable. En estos párrafos veremos que el gobierno en sus diferentes representantes marca el dominio y control, aunque en ocasiones le seda al clero el papel del trabajo directo con esta población. Muestra una actitud paternalista y protectora, así como de proveedor material de los desvalidos. Y es así que en su texto manifiesta lo siguiente:

A mediados del siglo XIX se inició en México una etapa de importantes transformaciones económicas, políticas y sociales. El proceso de centralización de los servicios de ayuda a los necesitados y el control de los mismos por parte del Estado, que se había iniciado en la época de las reformas borbónicas, fue llevado a su culminación por el triunfo de las ideas liberales, plasmadas en las leyes de reforma. Consideran los liberales mexicanos que la ignorancia y la miseria constituían la causa del estancamiento cultural y material del país y por lo tanto, que la prosperidad de la nación solo se alcanzaría impulsando la enseñanza de las artes, las ciencias y las letras, así como la “regeneración” de los grupos de población marginados de los beneficios sociales y de los procesos de producción.

Para lograr ese objetivo, la idea de caridad, considerada una virtud privada, debía ser sustituida por la de beneficencia, entendida ésta como un servicio público, proporcionado por la administración civil. www.salud.gob.mx

Previamente, la iglesia, había jugado un papel importante: “la secularización de la beneficencia modificó el patrón ideológico eminentemente religioso que se fue caracterizando de la época colonial y la primera mitad del siglo XIX, sustituyéndolo por una concepción laica y científica, que proporcionaba bases para instituir una beneficencia moderna y accesible a los grupos necesitados del país”.
www.salud.gob.mx

En 1660, José Sáyago funda un hogar para enfermas mentales indigentes en su propio domicilio, el arzobispo de México don Francisco Aguilar y Seijas le presta una casa para albergar a 60 pacientes. En 1700 la congregación del Divino Salvador funda el Hospital del mismo nombre al mudar el establecimiento a la calle de la Canoa, actualmente calle de Donceles, en el centro de la Cd. de México. (S.S.A, 1997)

Sin lugar a duda hubo personajes que su interés por el apoyo y la asistencia a los “enfermos mentales” fue sin afán de protagonismo, pero en todo momento existe ese celo por ser o tener cierto poder en cualquier persona. Pero un vivo ejemplo del ansia de poder lo tenemos en el siguiente párrafo: “Al momento de ser suprimidas las ordenes hospitalarias por decreto de las Cortes Españolas, en el año de 1821, estos Hospitales pasan a manos del Ayuntamiento, aunque la atención siguió a cargo de los religiosos enclaustrados hasta el año de 1843, en que quedan bajo el control del gobierno independiente”. (Op. Cit.)

Esto deja la sensación de que “esos” los que se encontraban en dichas Instituciones, no poseen la capacidad de decidir por sí, y pasan de una mano a otra, como si fueran objetos y además de poco valor.

Dentro de este contexto en donde dos entidades de autoridad manejan el poder de clasificar y cosificar a los enfermos, es evidente que el considerar tener bajo control a mentes débiles es signo de “poder” y de autoridad plena. Esto les da el estatus de jueces omnipotentes en donde la necesidad del débil, hablando en términos de no ansiar ese control del pensamiento y de considerarse fuera de la realidad por pensar diferente, es lo que los mantiene como desadaptados y fuera de toda competencia y además de no ser considerados para tener una vida digna, sino por el contrario vivir o sobrevivir bajo el “buen juicio” del que “si” sabe que merecen.

Sin embargo esto no es sólo producto de la mente del mexicano, aunque si de la decisión de verse influenciado por la concepción europea de cómo debían ser tratados los “enfermos mentales” pues las condiciones del país desde antes de la revolución fueron de estire y afloje en ese afán de consolidar la soberanía. Pero buscando un modelo de mentalidad en todos los aspecto; y es así que desde 1810 hasta 1821 el país estando sometido a una intensa guerra civil destructora, lucha por acabar con la soberanía del gobierno español y eliminar a su vez las instituciones que mantenían y hacían valedera esta soberanía. En ese afán por evitar toda influencia española se tiende a establecer un afrancesamiento general que alcanza principalmente los aspectos científicos, literarios, ideológicos e incluso el atavío personal y la manera de vivir, con influencia en las costumbres y el pensamiento mexicano. En lo que respecta al aspecto de la salud un grupo de médicos mexicanos ya interesados por conocer las nuevas ideas del resto del mundo, se proponen leer y estudiar emprender la tarea de implantar en México una enseñanza acorde con el estado de la medicina en el resto del mundo. (Somolinos, 1976). Resulta importante destacar la concepción del “enfermo mental y los cambios de pensamiento al cabo de la influencia europea, aunque no deja de ser de menosprecio. Martínez del Río , al cabo de su viaje por esos países y de vivir de propia experiencia, en sus escritos que expone para que otros médicos conozcan de su experiencia, menciona: “ Con efecto, ya no se considera al pobre demente como un animal feroz, que solo debía domar con las cadenas y la tortura, y que ya hubiese perdido todo derecho a la simpatía y a la consideración de la sociedad: hoy día el hombre que pierde la salud de su entendimiento, no sufre ya además de los padecimientos del alma, el martirio corporal que le infringían sus semejantes: al contrario, el aislamiento de todo aquello que antes le molestaba; el trato dulce y cariñoso, el estudio de cuanto puede complacer al paciente y sugerir a su animo trastornado las ideas mas placidas ; el destierro de todo lo que pudiese irritar sus pasiones desarregladas, el saludable influjo de un campo ameno y retirado; las distracciones inocentes y benéficas que proporcionan el paseo, la horticultura, la equitación, cierta clase de juegos; en fin todo lo que puede contribuir a poner al infeliz demente en las circunstancias mas halagüeñas, tales con las bases sobre que se funda en el día el tratamiento de la locura”. (Somolinos, 1976)

Desde este momento y en adelante, al no tener en México otra opción de modelo de atención en salud mental, se considera como viable el poder adoptar los modelos de los países que ya llevaban tiempo en este trabajo. Pero ¿Qué tan pertinente pudo ser el que casi de manera total se adoptaran? ¿Qué tanto hubiera sido posible el poder adoptar y adaptar a nuestro contexto estos modelos? Sobre todo considerando que en los países europeos la cuestión del aseo era algo que no se consideraba importante.

Muestra de ese afán de control y de ansia de poder en cuanto a la soberanía, el presidente Benito Juárez, decreta el 2 de febrero de 1861 la secularización de todos los hospitales y establecimientos de beneficencia que hasta esa fecha habían administrado las autoridades o corporaciones eclesiásticas. De este modo el presidente sigue interviniendo, encargándose a través del gobierno de la Unión del cuidado, dirección y mantenimiento de dichos establecimientos en el Distrito Federal. En lo que respecta a los de los estados, estos quedan bajo la inspección de los gobiernos respectivos.

Nuevamente, el 2 de marzo de ese mismo año, vuelve a intervenir el presidente Juárez y dispone la creación de la Dirección de Fondos de Beneficencia Pública, esta era dependiente del Ministerio del Gobierno, con el objetivo de proteger y amparar a todos los Hospitales, Hospicios, Casas de Corrección y Establecimientos de Beneficencia recién secularizados y los que se fundaran en adelante en el Distrito Federal. (www.salud.gob.mx) ¿Sería posible que consideraran que con solo el recurso económico y el la estructura del edificio era suficiente para la estancia de los pacientes? ¿Sería concepción propia o influencia europea? ¿Quién sería responsable de este pensamiento?

Posteriormente, durante la Intervención Francesa, el Emperador Maximiliano organiza el Consejo Central de Beneficencia y una Junta Protectora de las Clases Menesterosas, para proporcionar los servicios asistenciales. Por su parte la Emperatriz, impulsa la fundación del Hospital de San Carlos, asistiendo principalmente en el área de maternidad.

Quizá pudiera ser que dentro de las buenas intenciones de los emperadores pudiera haber estado el considerar ocuparse de esta población. Pero ¿Qué tanto de esto era protagonismo político? Además es sabido que los mexicanos no éramos vistos como iguales ante ellos, siempre hubo la idea de que al habernos colonizado, ellos poseían el saber y el buen juicio.

Y mientras en el ámbito de la política y el gobierno, quienes se encontraban en el poder hacían movimientos, organizaban y reorganizaban en el ámbito de la medicina también se buscaban ideas o modelos que pudieran satisfacer las necesidades del país. Uno de los médicos reconocidos en esa época fue Martínez del Ríó, que influido por Pinnel, conocedor además de la medicina en Europa por propia experiencia al haber viajado, se le reconoce el haber introducido a nuestro país distintos diagnósticos y técnicas, no solo en salud mental. Escribe sobre una institución en Francia la cual consideró, de las mejores incluso que las de Italia e Inglaterra. Destaca al compararlas, las deficiencias tanto en esos países como en los de nuestro continente. (Postel y Quetel, 1993)

Posteriormente y estando en el cargo gubernamental el General Porfirio Díaz, en sus primeros años de su administración reorganiza el ramo de la Beneficencia, decretando que los establecimientos Hospitalarios, de Asistencia Social y Corrección que estaban a cargo del Ayuntamiento desde 1862, y los futuros, serían administrados por una junta denominada Dirección General de Beneficencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobernación. A esto habría que destacar que hasta el momento cualquier personaje que haya pasado por el gobierno tenía el afán de intervenir en lo que respecta a la organización y reorganización de este gremio de los “enfermos mentales”. Sin embargo, ¿Quiénes realmente consideraban que su intervención sería benéfica no solo para la cuestión administrativa o de nombre de organizaciones, sino directamente en cuanto al tratamiento de los pacientes? Hasta el momento no se ha considerado si los ajustes hechos hayan cumplido el cometido, el bienestar de los directamente afectados.

En su prolongado gobierno, Porfirio Díaz, pudo ver un período de prosperidad. Lo cual permitió contar con recursos para fundar nuevas instituciones benéficas y realizar importantes mejoras. Sin embargo, y con el progreso científico alcanzado por la medicina y la ciencia, fue evidente que algunos de los establecimientos asistenciales, instalados en edificios antiguos, resultarían poco adecuados para desarrollar sus funciones, además de no contar con las condiciones de salubridad e higiene necesarias. Por lo que esas instalaciones, terminarían siendo anticuados y obsoletos.

Analizando un poco la intención de los cambios en la estructura de los hospitales, pareciera ser que en este afán por evitar a toda costa la intervención y la influencia

Española, no hubiera un frente común y cada círculo “de poder” (médico y político o gubernamental) trataran de poner orden en pro de reorientar (según ellos) al país. Pero ¿que de toda esa energía y afán de reorganización fue infructuosa? En apariencia, pareciera ser que lo que uno hacia el otro lo ignoraba o ¿podría pensarse en solo protagonismo en miras a que nadie tenía el poder absoluto?

Ver que nada de lo propuesto, o modificado consolidaba el orden o la satisfacción plena de organización en cuanto a la salud. El ver que, los establecimientos no cuidaban la estructura interna de los servicios de los pacientes, propició que se pensara en un proyecto de modernización, contemplando la construcción de grandes Unidades Hospitalarias y Asistenciales. Esto llegó a concretarse con la inauguración del Hospicio de Niños, del Hospital General en 1905 y del Manicomio General de “La Castañeda” en 1910.

Sin embargo, pocos datos hemos encontrado en cuanto a los infantes con problemas mentales, en esa época. Es la población de la que se tiene menos referencia, por ser de menor número. Retomando un poco la época de los hospitales del Divino Salvador y el de San Hipólito, se dice que poco se conoce sobre los niños y niñas enfermos de sus facultades mentales. En la recopilación que se hace en “Los Cuadernos para la Historia de la Salud Mental”, S.S.A., (2003). encontrado en el archivo del Hospital de la Canoa, en la calle de Donceles, mencionan que de los documentos rescatados hay pocas referencias a los menores de quince años y mayores de cinco, considerando estas edades para fines de clasificación y en términos cronológicos, ya que dentro de dichos documentos existían dos clasificaciones, la cronológica y la mental.

El trato era el siguiente:” los infantes eran diagnosticados y enviados a la sección donde trataban su enfermedad, porque no existía un departamento especial para niños en ninguno de los dos hospitales; sin embargo, Manuel Rivera y Cambas, en “México pintoresco, artístico y monumental”, Tomo 2, menciona que en 1876 existía en el hospital del Divino Salvador un Dormitorio (...) para las niñas epilépticas, donde se ve una serie de pequeñas camas (...). (Centro de Documentación Institucional. “Los Cuadernos para la Historia de la Salud Mental”; S.S.A. 2003). De los menores de 0 a 5 años no se tienen referencias. Existen fotografías en el antiguo Hospital de la Canoa, en donde se ve solo que si están, clasificados pero solo por sexo. Bajo la influencia

todavía de asilo, lo más que podían tener dichos infantes, era un lugar dentro de los hospitales de adultos y recibir un trato similar. (Op. Cit.)

Se tiene indicios que a comienzos de los cuarentas en el siglo XIX, algunos sectores pensaron en considerar y reconocer la importancia de los niños en el aspecto de la salud y por ello consideraron digno de incluir en las asignaturas de la Escuela de Medicina, tomando como puntos importantes las enfermedades que padecían y el tratamiento a estas. Se enfocaron principalmente en investigaciones de higiene, alimentación, infecciones intestinales, bronconeumonías, congestión cerebral y mortandad. Pasados cincuenta años, en el segundo congreso Panamericano que se realizó en México, en el cual se trataron enfermedades infantiles, no apareció uno acerca del aspecto mental. ¿Podiera interpretarse la falta de evidencia en cuanto a tratamientos mentales, la carencia de padecimientos al respecto? O ¿podiera ser que la mayor incidencia en enfermedades en los infantes serían los ya mencionados como padecimientos intestinales, desnutrición y respiratorias?

Evolución de la salud mental infantil

Aun bajo el gobierno de Porfirio Díaz, festejando el centenario del inicio de nuestra Independencia es que se crea el Manicomio General de la Castañeda, el nombre de la Castañeda le viene del apellido de la familia donante del predio. Cabe mencionar que la estructura ya pensada en función ahora si del fin para lo cual era creado, “fue realizado muy eficientemente, resultando un edificio con gran belleza arquitectónica y altamente funcional de acuerdo al concepto de asilos aún en boga”. (Una Reseña Histórica de la Psiquiatría en México” 1997).

Consideremos que en México se sabe que a partir de la etapa del Manicomio General, a comienzos del siglo pasado, se promueve la construcción del pabellón para niños. Pero es hasta después de quince años de inaugurado dicho hospital que se abre el pabellón para niños, al principio solo contaban con ser admitidos y ubicados de acuerdo al sexo. Al momento de la apertura de las instalaciones, ingresan 27 niñas y 28 niños menores de 15 años; cuatro provenientes de San Hipólito, catorce del Divino Salvador y Nueve del Hospital de Epilépticos de Texcoco. Se observa este dato como referencia de la poca población existente o mejor dicho reconocida como “enfermo mental”, cabe mencionar un detalle en la redacción del documento en donde se encuentra esta

evidencia dice: "...a cada uno de los cuales se asignó expediente, donde fueron anotados los datos necesarios para su estudio e incorporaron las historias clínicas elaboradas en los hospitales anteriores." ¿Querría decir que entonces que el tener un expediente era signo de privilegio? o ¿que en tiempos pasados no se tenía registro de los procedimientos que se llevaban con los pacientes? ¿Podiera ser esto el resultante de la influencia adoptada de que "enfermo mental", no era tratable, sino manejable?

De 1911 a 1925, hay registros de 346 menores, 222 niños y 138 niñas, algunos de ellos con más de un ingreso. La manera de ingreso a la Castañeda era por medio de los familiares cercanos, médicos o autoridades civiles, esto cuando a su juicio consideraban que el menor sufría de alguna afección mental, y que de ello requería internamiento (sin considerar el tratamiento) o que era peligroso para la familia o la sociedad, ¿generaba miedo lo desconocido? O ¿no podía ser aceptado pues era diferente a los demás? ¿Habría que ocultarlo o ignorarlo?

Había dos clasificaciones, por **problemas leves** (confusión, histerismo, epilepsia simple o dependencia física como alcoholismo). O por un **mal grave**, (imbecilidad), en estos casos se les permitía ir a sus casas bajo la responsabilidad de los padres.

Durante los veinte se vio con mas claridad el interés por la infancia del Departamento de salubridad Publica, pues en sus discursos lo manifestaban: "... los niños son los hombres del futuro". En la Semana del Niño organizada por el Departamento de Salubridad, hubo propuestas de países de mayor desarrollo tales como Francia, Inglaterra y Estados Unidos. Posteriormente en 1921 en el Primer Congreso Mexicano del Niño, recibieron el patrocinio del Periódico El Universal, ahí mismo se destaca una declaración de médicos, quienes trataban enfermos de enfermedades venéreas, ellos afirmaban que la sífilis podía causar "taras" a los desencierres de los afectados por ella, hubieron también estudios e investigaciones acerca de la normalidad y los comportamientos anormales de los niños. Memorias del Primer Congreso mexicano del Niño, En Cuadernos para la Historia de la Salud, 2003.

Uno de los primeros intentos por separar a los pequeños de los adultos para su tratamiento adecuado en el Manicomio General fue en el año de 1927, la junta de Beneficencia Pública, dispuso dos pabellones destinados exclusivamente para niños y agotados (uno dedicado a pacientes del sexo masculino y otro para asiladas) y como

responsable el Dr. Oscar León Puig. Sin embargo, esto no fue suficiente para cumplir con las necesidades de los infantes, y es esto evidencia de que más que un local, lo que se necesitaba es procedimientos médicos, que junto con dichas instalaciones funcionaran acorde para el tratamiento de dichos niño. Muestra de ellos son las primeras concepciones de la época, de un tratamiento innovador, en donde se dice que al niño deficiente debía colocársele en un ambiente libre y natural; en espacios amplios donde pudiera distraerse, respirar aire puro y desarrollar de manera espontánea la coordinación de su cuerpo; además de recibir una guía útil a sus facultades mentales, con ayuda de profesores especializados en pedagogía y psiquiatría infantil.

Pero es evidente que el Manicomio no podría con esta nueva concepción de tratamiento a menores, pues el número de pacientes iba en aumento. En 1929, entran en acción las Autoridades Sanitarias, proponiendo el proyecto de un Instituto Pedagógico, para subsanar dicha demanda. El argumento fue que en países de mayor adelanto, había evidencias que el tratamiento de los deficientes mentales era más eficaz, si se aplicaba a más temprana edad. Este es el argumento principal para el comienzo de la especificidad en el tratamiento, se concebía que el tratamiento fuera médico, pedagógico y social, lo que resultó en el Instituto Médico Pedagógico, dependiente de S.E.P.

Por su parte el Manicomio, continuó con su trabajo para los infantes, en 1930 da a conocer un centro Independiente del Manicomio, para los niños que no hubieran aprendido algún oficio. Dos maestros especialistas en menores deficientes, junto con el médico encargado del Pabellón de Niños, el administrador de la comisión que formulaba el plan y la Sección de Psicognosis: “La sección de Psicognosis dependía del Departamento de Acción Educativa y Social de la Beneficencia Publica, e impartía orientación pedagógica especial a las educadoras encargadas del Departamento de Psiquiatría Infantil. También realizaba la traducción de pruebas de inteligencia general, de temperamento y de constitución mental, entre otras; además, se encargaba de la aplicación individual de pruebas de memoria, de atención y de hábitos motores a los niños de la Escuela de Anormales”. (AHSSA; F-BP; S-As; se- DAES; Lg-2; Exp-12; 1931 – 1936. En Cuadernos par la Historia de la Salud, 2003)

Pareciera ser que con esto empieza a consolidarse la especificidad y el trato de modo particular a cada individuo, llámese niño o adulto “enfermo mental”. Pero ¿que pasaba

con el gobierno en ese momento? ¿Ya habría acuerdos para el progreso de la salud mental?

Pasado el tiempo, el presidente Lázaro Cárdenas considera desde el punto de vista social y político que al tomarse conciencia de que las enfermedades y la marginación económica y social son una grave problemática social, la solución era de asistencia social. Por tanto, determina que el concepto de beneficencia será sustituido por el de asistencia con el que se instituyen como obligaciones del estado el promover y regular las acciones relativas a la salud y el proporcionar auxilio médico y social a la población. Así mismo el 31 de diciembre de 1937 decreta la creación de la Secretaria de la Asistencia Publica, que fusionaba la antigua Beneficencia Publica con el Departamento de Asistencia Social Infantil, creado meses antes para hacerse cargo de la higiene prenupcial, prenatal y postnatal, de la atención a los partos y al recién nacido, así como de la educación preescolar.

Otro dato significativo es la labor del Dr. José Luis Patiño, quién fue trascendental en la atención a la población infantil. El Dr. Patiño fue quién retomó el modelo europeo y norteamericano de “Las Clínicas de Orientación Infantil”, y quien además en 1938 fundó “La Clínica de la Conducta”, con una orientación médica, y la que actualmente es dependencia de la Secretaria de Educación Publica (SEP) con orientación psicopedagógica. Esta clínica esta auspiciada por el gobierno y solo se dedica a la rehabilitación psicopedagógica en niños. (http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/prog_psicoinf_cap1.htm)

Posteriormente durante el período, del Presidente Manuel Ávila Camacho, se expide un decreto, el 18 de octubre de 1943, que creaba la Secretaria de Salubridad y Asistencia en la que se fusionaban la mencionada Secretaria de la Asistencia Publica y el Departamento de Salubridad.

También en esos años, alrededor de los cuarentas, psiquiatras españoles exiliados en México, escriben los primeros libros de psiquiatría infantil. Así mismo, en la revista del Hospital Infantil de México, aparecieron los primeros artículos del mismo tema. En esos mismos años, surgieron también los primeros servicios especializados en psiquiatría infantil. De los primeros fueron la Clínica de la Conducta ya mencionada y la Clínica de

Higiene Mental del Centro Materno Infantil “General Maximino Ávila Camacho”. Posteriormente le siguieron los servicios de especialización del Hospital Infantil de México, del IMSS el Hospital Infantil del Centro Medico. (López, M., 1992.)

Es importante señalar, a partir de lo expuesto, que en el ámbito internacional la atención médica, psiquiatría, psicológica y pedagógica a niños y adolescentes ha evolucionado considerablemente desde el siglo pasado. Además de que los aportes de los primeros psicoanalistas, psiquiatras y psicólogos abrieron el camino hacia el tratamiento psicológico de menores. Así mismo, la creación de las clínicas de orientación infantil en europea y los Estados Unidos y posteriormente en México, vincularon la atención psicológica con la pedagógica y la interacción de los padres en el tratamiento.

Lo que nos muestra que la influencia de los países europeos y de Estados Unidos ha marcado lo que hoy es el modelo de atención en salud mental en nuestro país.

Muestra de ello es que en 1950, en que llega el psicoanálisis infantil a nuestro país, proveniente de Europa inicialmente. Marca una época de estudio de la niñez, en las ciencias de la salud y la educación. Durante las siguientes cinco décadas autores como Santiago Ramírez padre e hijo, Erich Fromm, y otros psicoanalistas dichos exilados españoles republicanos, además de argentinos, franceses y norteamericanos, continuaron con el estudio de la psicología del niño y de la práctica del psicoanálisis infantil, trabajando conjuntamente con las asociaciones profesionales especializadas.

Cabe señalar que también durante los últimos 50 años, psiquiatras, paidopsiquiatras y pediatras destacados han realizado una labor muy importante en la atención al niño y el adolescente, abriendo cambios clínicos en las dependencias de la Secretaria de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y en la Iniciativa Privada. Estos son algunos centros de los que la población en México puede disponer para la atención a niños y adolescentes con problemas mentales.

De ahí se deriva las especialidades que dan la pauta a considerar de manera mas específica la salud mental del infante y es que, también en la década de los 50's, en los

Estados Unidos surge como nueva especialidad médica la psiquiatría infantil. Los primeros psiquiatras infantiles mexicanos ya formados regresaron a México por los años 60's para formalizar este adiestramiento en 1972 con aval de la UNAM. (http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/prog_psicoinf_cap1.htm)

Cabe señalar que la psiquiatría infantil, es una subespecialidad de la psiquiatría, y se inicia en la tercer década del siglo XX, con la aparición de las clínicas de orientación infantil en Europa y Estados Unidos de Norteamérica. Principal instrumento, del desarrollo humano normal. (<http://www.salud.gob.mx/conadic/psicopat.htm> .)

De los objetivos de esta disciplina están el establecer guías de validez predicativa. Desde trastornos infantiles hasta los de adultos. Demostrar la naturaleza evolutiva de los mismos, considerando que puede variar según el desarrollo del individuo y predisponerlo a manifestar deficiencias posteriores, lo que la hace una disciplina preventiva. Esto puede ser útil, de ser empleado como la manifiestan dichos objetivos ser preventivo y funcionar como órgano que difunda la información para que la cultura en salud mental en nuestro país cambie.

Otro dato sobresaliente que nos vuelve a poner en evidencia las influencias extranjeras es que en 1975 se funda la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI), asociada a la American Academy of Child Adolescent Psychiatry (AACAP). Dicha fundación, fue un evento de trascendencia para esta disciplina médica, ya que agrupa a los paidopsiquiatras con adiestramiento formal, y realiza actividades académicas y de divulgación de información tanto para el profesional de la salud mental como para la población general. Habría que resaltar que dentro de la intervención valiosa de esta asociación, lo más sobresaliente y que tiene impacto, no solo en la población que lo requiere sino en la población en general, es la generación de una cultura diferente, pues la labor de la asociación no solo es la de atención, el diagnóstico, sino la divulgación de información; con el fin de que la sociedad en general se empape de la realidad en salud mental y se haga conciencia de la existencia de este rubro de la población lo que para muchos pareciera ser una realidad ficticia o de solo ciertas personas con determinadas características.

Otro de los puntos importantes de la psiquiatría Infantil, es que se puede considerar como una de las ramas científicas que más ha crecido en las dos últimas décadas. Rodríguez Sacristán (2000), señala: “ello es el fruto de una cierta psicologización de la sociedad occidental, que refleja en cierta medida la mayor sensibilización que existe hacia los problemas psicopatológicos que afectan a la infancia y adolescencia”. (www.psiquiatria.com/enlaces/652)

En la actualidad ha llamado más la atención dado su intervención en investigaciones en diferentes áreas de problemas mentales en niños, incluido el Autismo. Y por esto se considera una disciplina emergente.

Con todas las ventajas en cuanto a capacitación y evolución en tratamiento de pacientes infantes, existen otras realidades que no son del todo alentadoras, y que probablemente generen la falta de calidad en la atención y tratamiento; de hecho, dentro de la secretaria de salud, la capacidad para la atención psiquiátrica y psicológica del menor no cubre todas las necesidades. Se carece de los recursos suficientes para la atención a la demanda de enfermos. De los 28 hospitales psiquiátricos, solo 16 unidades cuentan con consulta externa para niños y adolescentes, y en el distrito federal de los 3 centros comunitarios de salud mental (CECOSAM) Y EL Centro Integran de Salud Mental (CISAME) tiene servicio de paidopsiquiatria. También existen estos servicios en algunos hospitales generales e institutos nacionales de salud. La muestra de que en nuestro país la atención es deficiente, quizá no esta en las instalaciones y el número de hospitales, sino en la conciencia de las autoridades para eficientar la atención, pensando en el número de especialistas y profesionales de la salud mental que no están trabajando, pues la visión es de solo mantener o controlar y no buscar la superación de la enfermedad del paciente.

http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/prog_psicoinf_cap1.htm

Cuando Kanner, formalizó el concepto del Autismo, en la década de los 40's, en el siglo pasado. ¿Qué pasaba en México? Mientras se estructuraba y se ajustaban los modelos de tratamiento o más bien de asilamiento de los enfermos mentales, ¿Habría casos de Autismo, reconocidos en nuestro país? Obviamente sin ser denominados como tales. Pero las dudas existe ¿Cuál sería el tratamiento provisto para tales casos? Se

puede suponer que aún en estos años 40's; ¿no se considerara a los Autistas, pacientes con un padecimiento independiente y único diferente de otros?

Con el fin de ilustrar más esta parte de la historia de la conceptualización, echemos mano de la misma y de los primeros intentos de consolidación del diagnóstico y de la definición. Y hasta que momento se empieza a considerar a los pacientes con el diagnóstico de Autismo en el mundo y aquí en México.

CAPITULO III

LAS INSTITUCIONES Y EL AUTISMO

Durante el tiempo que ha llevado la captación de documentos en la presente Investigación, se ha encontrado información en diferentes Instituciones y tan variada en sus aseveraciones, que han generado preguntas tales como, ¿Por qué se han formado Instituciones privadas que ofertan tratamientos específicos para la atención del Autista? ¿Acaso el país carece de instituciones oficiales con la capacidad para atender dicha demanda? o quizá ¿el costo de la atención rebasa el presupuesto destinado a la salud mental en México? Y aún más ¿existirá el conocimiento de la especificidad del tratamiento del Autismo, no solo para el sector público sino también para el privado?

En el presente capítulo, se pretende mostrar datos recabados de las Instituciones más destacadas, sobre manejo y tratamiento del Autismo en el área de salud mental, tanto en el ámbito público como en el privado.

Iniciaremos puntualizando el concepto de salud mental según De la Fuente (1979), éste se refiere al tratamiento y la rehabilitación de los enfermos mentales, aclarando que una de sus metas, (que incluye y sobrepasa a las tareas asistenciales) es proporcionar que el mayor número de mexicanos obtengan y conserven un grado óptimo de salud mental.. Así también De la Fuente (Op. Cit.) menciona que: “La salud mental de los habitantes de un país no es algo aparte de su salud general, dependen de las condiciones existentes en la sociedad; tales como la estabilidad económica, la educación, la convivencia social, la integración familiar, y también de determinantes más específicos, como el empleo, la habitación, etc.”

Este punto de vista expuesto por De la Fuente, parece tener aplicación en cualquier época, claro, guardando las particularidades de cada una de ellas. Recordemos lo revisado en el capítulo II, en donde se expone la historia de la salud mental en México, los problemas en cuanto a carencias y tratamientos. Además de los parámetros que tuvo y tiene la sociedad y la cultura para determinar la “locura”.

Al respecto, existe un artículo publicado por el periódico “El Universal” que hace una revisión de la concepción de la locura en la época del Porfiriato, titulado “las locas y dementes del Porfiriato”. Ahí, la psicóloga Martha Lilia Mancilla realizó una investigación basada en expedientes de esta época, en casos de mujeres.

El Seminario Permanente Salud y Enfermedad que se imparte mensualmente en la Dirección de Estudios Históricos (DEH), del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), ella expone que, “la locura es una dimensión del ser humano”. Y en cuanto al género, en donde hay una doble desventaja, menciona: “la diferencia sexual impacta en la forma en que cada individuo se organiza en la sociedad” e históricamente influye en el papel que cada uno ha asumido. Además plantea lo que para ella define la locura: “un loco es aquel que presenta expresiones extrañas, fuera de la norma y que hace lo impensable” y, agrega, “la interpretación de la locura varía de acuerdo con la rigidez social de la época”. (www.eluniversalonline.org.mx) desde mi punto de vista, considero que, lo que expone Martha Lilia es el complemento de lo expuesto por De la Fuente y nos da una idea mas clara de la concepción social y cultural de la “locura” y lo difícil al conceptualizarla.

Podríamos pensar entonces que ¿la locura, es clasificada de época a época, aunque guarde un común denominador, “el diagnóstico”? y sin embargo, ¿este impactará de manera diferente en las costumbres y modo de vida de la sociedad de acuerdo al contexto? Si es que a partir del contexto social y del a sociedad misma, se determina la enfermedad, cuestionaríamos si es que ¿según el pensamiento de la mayoría se determina la salud o la enfermedad mental? ¿De qué depende la locura o el estar sano? ¿De lo que marca la sociedad o del estado físico y psicológico del individuo? O quizá ¿la enfermedad se pueda agravar de lo físico a lo psicológico, dependiendo del punto de vista del “juez”, que en muchos casos es un médico? ¿Realmente es condicional de la óptima atención en salud mental la estabilidad social, cultural y económica del país? Recordemos que en el capítulo I mencionamos el impacto que tuvo en el pasado la “locura” y la incomodidad para los “sanos” el tener un loco entre ellos.

Todos estos cuestionamientos, nos remiten a hacer un breve recuento histórico, tomando datos de la revisión hecha en el capítulo II, para un mejor análisis actual de los Hospitales de salud mental, y que atienden a pacientes Autistas.

En concreto, el presente capítulo pretende entre otras cosas, investigar el ¿porqué de la existencia de instituciones privadas para la atención del Autista? que según datos encontrados está cubierta por el sector salud del gobierno de nuestro país. Además del ¿porqué y para qué de la existencia de los centros privados? ventajas y desventajas de ello.

Recordemos que con La Castañeda se inició la reforma a la psiquiatría en México, con médicos especializados. Los dos antecedentes principales de éste fueron los hospitales para dementes: de San Hipólito que recluía varones, fundado en 1577, el primero de América; y el del Divino Salvador, para las mujeres, el cual se creó alrededor del año 1700.

Sin embargo, en esa época la atención se caracterizaba por un gran deterioro Institucional, tanto que para los niños no había un trato específico a sus necesidades (padecimientos y tratamientos).

Por otro lado y como aliciente en el proceso de mejora, existen datos históricos, que dan testimonio que durante los últimos 50 años, psiquiatras, paidopsiquiatra y pediatras destacados realizaron una labor muy importante en la atención al niño y el adolescente, logrando cambios clínicos en las dependencias de la Secretaria de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y en la Iniciativa Privada.

http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/prog_psicoinf_cap1.htm

Con esto estaríamos dando cuenta de los pasos en el intento de reforma, en torno de la mejora en la atención, que aunque lenta e insuficiente, existente.

Pero es menester enfocarnos a datos más específicos. Partiremos de una revisión de lo encontrado en la historia de dos hospitales, los cuales son los de mayor demanda en México, que atienden a la población infantil y que además se tiene registro documental y que es ahí en donde se da tratamiento al Autismo. Tal es el caso del “El hospital psiquiátrico fray Bernardino Álvarez”. Que aunque atiende a adultos, en la biblioteca

del mismo existe información que ha servido para esta investigación (ver detalles en el cap. I)

Uno de ellos es un artículo en la revista *Psiquis*, Vol. 4 (1995), escrito por el Dr. Calderón en donde se presenta la memoria escrita de lo que fue el nacimiento institucional del hospital psiquiátrico.

Como dato curioso, aclara la revista que este recuento histórico no es solo eso, sino que además, dicha revista asume el compromiso de que a partir de éste, pretende analizar el proceso de evolución del hospital, en beneficio de la población que es atendida, haciendo un continuo examen de sus logros y sus retos.

Tomando en cuenta como fueron las primeras acciones del gobierno en pro del mejoramiento de la organización y de la atención para los enfermos mentales y sobre todo para los niños, retomamos este párrafo que nos da fe de lo que en el pasado se intentó para beneficio de los pacientes. Por lo que el contexto del mismo parte de una visita a “La Castañeda” y de ésta es que se da inicio a la reforma hospitalaria, dando como resultado la creación de diversos Hospitales para cambiar la estrategia en la atención, (ver detalles, cap. I) inicialmente haciendo divisiones por género y edad, y fue a partir de esta división que surgieron dos de los Hospitales de mayor demanda a nivel nacional: el Hospital “Dr. Juan N. Navarro” y el Hospital “Fray Bernardino Álvarez”; el primero, atendiendo a la población infantil y el segundo a los adultos.

Retomando la reseña del artículo del Dr. Calderón, donde menciona “... el pabellón piloto, cuyo jefe era el maestro Dionisio Nieto, eran las únicas partes realmente aceptables de la vieja institución y por lo tanto, las secciones que generalmente se mostraban a los visitantes. Considerando que ésta era una magnífica oportunidad para lograr ayuda de las autoridades, por muchos años limitada: en contra del recorrido habitual, inicié la visita por los pabellones de niños trabajadores y epilépticos, por entonces en rutinas y con un descuido y abandono total de los enfermos...” (S.S.A., 2003) y agrega “...El doctor Moreno Valle, quién participó en el recorrido, por haber realizado sus estudios en la Escuela Médico Militar, no conocía la Castañeda. Tanto para él como para sus acompañantes el impacto fue grande, así que ordenó al profesor Catarino Maldonado, Oficial Mayor de la Secretaría que la transformación del Antiguo

Manicomio fuera prioridad en su nuevo cargo” (Op. Cit. 2003). Esto fue parte del inicio de la Operación Castañeda en donde se pretendió, reordenar y sanear todo lo que en su momento requería actualización en la atención del paciente en salud mental.

Particularmente en la atención al infante surge entonces, el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", único en su género en México que, fue inaugurado el 24 de octubre de 1966. Vamos a referirnos brevemente a esta Institución.

En la reseña descriptiva del Hospital, mostrada por Internet, resaltan una subdivisión más específica de tratamiento que induce a pensar en que el concepto de atención, va enfocado a la “cura” y si no a ella, a la rehabilitación con el fin de enfrentar las demandas del medio y poder lograr una adaptación a ese medio social, las cuales son descritas así:

“Otorga desde entonces atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral.”
[\(hpijnavarro@hotmail.com\)](mailto:hpijnavarro@hotmail.com)

Como datos estadísticos maneja que, anualmente se atienden más de 4,000 consultas de primera vez, 40,000 consultas subsecuentes y 130,000 intervenciones terapéuticas.
[\(hpijnavarro@hotmail.com\)](mailto:hpijnavarro@hotmail.com)

Sin embargo, nos preguntamos ¿Éstas cifras reflejan la efectividad o es solo la justificación del trabajo, y no la cobertura y efectividad del modelo del Hospital? No descartamos que esto sea un avance a la mejora en el trato del paciente, pero ¿habrá que considerar los resultados para ver la eficacia?

Y continua el desglose de funciones:”Desde hace dos décadas se trabaja en el fomento y operación del tratamiento inter y multidisciplinario que incluyen los servicios de paidopsiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y servicios médicos, diagnósticos; terapéuticos y rehabilitatorios de apoyo. Partiendo de este plan, se han

integrado equipos de trabajo que se han dividido por psicopatología y etapas de desarrollo integrando “las clínicas”. El especialista de primer contacto es el Paidopsiquiatra, quién coordina el equipo inter y multidisciplinario, siendo responsable de la atención integral del paciente y la familia.”

(hpijnavarro@hotmail.com)

No obstante los datos expuestos, no son evidentes de efectividad, se hablan de cifras y programas, pero ante todo se debería hablar de resultados y no de proyectos, ¿Cuál es la efectividad de los mismos? ¿Realmente se hace una planeación en torno a las necesidades o se planea en escritorio? Cabe mencionar que dentro de todos estos programas de atención, el Autista esta contemplado, posteriormente mencionaremos datos específicos al respecto.

Retomando, los orígenes del hospital, inicialmente fue diseñado para cumplir cinco funciones diferentes dentro de la misma unidad asistencial:

- a) Dar alojamiento permanente a infantes que debieran ser internados en forma custodial.
- b) Debería procurar estancias breves en los internamientos, pues el concepto moderno de tratamiento en paidopsiquiatría aconsejaba desde entonces, limitar en todo lo posible, la estancia de este tipo de paciente.
- c) Dotado de un servicio de consulta externa, con nueve consultorios médicos y psicológicos, dos cámaras de Gessel y salones de terapia de juego, individual y salones de terapia de juego individual y colectivo; así como espacios de terapia recreativa y consistente en juegos infantiles al aire libre, debería dar rehabilitación y prevención secundaria a sus asistidos.
- d) Una guardería para preescolares que no ameritaran hospitalización, pero que requirieran asistir, durante períodos mas o menos largos al servicio de consulta externa para su tratamiento y rehabilitación
- e) Su función de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de adolescentes se garantizó a través de un pabellón para infantes en dicha etapa. (Calderón, 1995)

A pesar de que se plantea como una estructura sólida y suficiente para enfrentar la demanda de la población; pensaríamos que con esto la demanda de atención esta cubierta, en cualquier paciente, pero ¿Por qué existen Instituciones Privadas que

atienden a pacientes Autistas? ¿Por qué esas instituciones tienen demanda? ¿Por qué hay quienes acuden a atenderse?

Particularmente para el Autismo, estos programas y servicios en dichos hospitales si existen, pero parece que son deficientes en función de las necesidades del paciente, pues cumplen con la asistencia mínima, emergente. Esto fue constatado al visitar la clínica de atención de pacientes con Autismo en el Hospital Dr. Juan N. Navarro.

Cabe mencionar que no solo el Hospital Dr. Juan N. Navarro es el único que atiende a la población infantil Autista, pero es donde mayormente acuden o son canalizados los casos. Así que, finalmente los pacientes son remitidos al Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, en donde, de igual modo, se realizan diagnósticos y donde también acuden los pacientes a solicitar la atención. Pero queda en espera la respuesta a la pregunta ¿Por qué la existencia de Instituciones Privadas que atienden a la población Autista? sigamos en la revisión de datos que nos informen de la ocupación del gobierno en torno a los Autistas.

Existe otra instancia, que en su función, impacta a la población Autista, su trabajo es digno de considerar, pero muy diferente del que hace sector salud, ha logrado contribuir también al tratamiento del paciente, pero desde otro punto de vista de la rehabilitación al padecimiento. Esto es, desde el punto de vista pedagógico.

La SEP, la cual, forma parte importante en la intervención del paciente, que en términos de su contexto serían personas con discapacidad. Históricamente también ha tenido su impacto, particularmente con la población Autista. Cabe mencionar que al hablar del trabajo de la Secretaria de Educación Pública, el lenguaje variara de acuerdo con el contexto de la pedagogía y lo educacional.

A partir de la aclaración, mostramos algunos datos, en lo que respecta a la intervención de SEP en la rehabilitación de las personas con discapacidad (pacientes atendidos en salud mental).

Haciendo un intento de ordenamiento cronológico, diríamos que la intervención de la educación en cuanto a personas con discapacidad, inicia después de la “Operación Castañeda”, es por esto que partimos ya de un punto en donde la separación de género y de edades en la clasificación de atención a los pacientes, se había realizado como un

logro en el proceso de mejora. Sin embargo, la vinculación del trabajo de ambas entidades educación y salud, aparece como punto importante para lograr esfuerzos conjuntos y mayores beneficios para los pacientes, llámense Autistas o con cualquier otro padecimiento.

Hablando la educación especial en México, comienza su intervención de manera más significativa a partir de la segunda mitad del siglo XIX, cuando se crean las escuelas para sordos y ciegos.

Para 1915 se funda en Guanajuato la primera escuela para atender a niños con deficiencia mental y posteriormente se diversifica la atención a niños y jóvenes con diferentes discapacidades, sobre todo por medio de Instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela de Orientación para Varones y Niñas y la Oficina de Coordinación de Educación especial.

En 1970 por decreto presidencial se crea la Dirección General de Educación Especial. A partir de entonces, el servicio de educación especial presta atención a personas con deficiencia mental, trastornos de audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos visuales.

Durante los ochentas, en el siglo pasado, los servicios de educación especial se clasificaron en: indispensables y complementarios. Los primeros, Centros de Intervención Temprana, las Escuelas de educación especial y los Centros de Capacitación de Educación Especial.

Los complementarios: Centros Psicopedagógicos. Ésta modalidad también incluía las Unidades de Atención a Niños con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes.

A partir de 1993, se impulsó un importante proceso de reorientación y reorganización de los servicios de educación especial, que consistió en cambiar las concepciones respecto a la función de los servicios de educación especial, promover la integración educativa y reestructurar los servicios existentes hasta ese momento. Como propósitos fundamentales están, combatir la discriminación, la segregación y la etiquetación. En esos servicios, la atención especializada era principalmente de carácter clínico-terapéutico, pero atendía con deficiencia otra área del desarrollo; en segundo lugar, dada

la escasa cobertura lograda, (este último punto clave para la efectividad del tratamiento a la población) se buscó acercar los servicios a los niños de educación especial básica que los requieran. Cabe mencionar que, el promover el cambio en la orientación de los servicios de educación especial tiene antecedentes desde la década de los ochentas, pero cobró particular impulso con la promulgación de la Ley General de Educación en 1993.

La reorientación tuvo como punto de partida el reconocimiento del derecho de las personas a la integración social y el derecho de todos a una educación de calidad que propicie el máximo desarrollo posible de las potencialidades propias. Éste hecho impulsó la transformación de las concepciones acerca de la función de los servicios de educación especial y la adopción del concepto de necesidades educativas especiales. (Escandon Minutti, 2005).

Por último y como resultados de dichas reformas en la actualidad: “la ley general de educación distingue los siguientes tipos de servicios: educación inicial, educación básica y educación especial, educación media superior y educación superior”. (SEP., 1993) Quizá, la puntualización no sea de gran impacto en primer plano, pero ello lleva a un reordenamiento más preciso y detallado en donde lo que se observa, es no dejar sin considerar ningún rubro que concierna a la educación, es decir, evitar en lo POSIBLE las ambigüedades. Pero aún se observan carencias y pacientes que no han recibido la atención necesaria, por falta de acceso a los centros o por falta de personal profesional.

Es pertinente hacer un alto en éste punto y rescatar las acciones de dos entidades gubernamentales que forman parte del trabajo de atención de personas que lo requieren, llámense discapacitados o pacientes con problemas de salud mental. Ambas mencionan trabajos y logros significativos en donde se pensaría de la efectividad casi completa de los mismos, es decir, no tendrían porque existir otras instancias de atención que se encargaran de lo que éstas dos instancias pretender atender, por lo cual me pregunto ¿Cuál es el punto en donde se pierde esa efectividad? Volvemos a plantear el cuestionamiento, pues es evidente que seguimos carentes de atención y servicios ¿Cuál es la respuesta a este problema? Retomando lo que De la Fuente dice, en torno a que la salud mental es un problema social, diríamos entonces que ¿el gobierno llámese sector salud o educación, no es el único responsable? ¿Qué parte corresponde a los demás

rubros de la sociedad? ¿Es que no solo el recurso económico puede remediar esta carencia?

Es probable que haciendo un viraje en la visión del tratamiento del problema, se puedan proponer mejores estrategias de acción y aspirar a lograr la igualdad entre la necesidad de tratamiento y la impartición del mismo. Es decir, quizá ya no sea necesario ver con lo que se cuenta para la atención, sino por el contrario, con lo que se tiene ¿qué se ha hecho? y en base a eso plantear modificaciones. Es así, que a continuación y después de este análisis de lo “qué se tiene” haremos ahora un análisis de lo “se obtiene” es decir, cuáles son los resultados para intentar interpretar la existencia de ésta la carencia y poder concretar en algo referente a la existencia de Instituciones que atienden en lo privado a pacientes llámense Autistas o con otro padecimiento.

Después de la revisión documental e histórica, de la evolución en cuanto a infraestructura y atención en salud mental y educación al infante, sería conveniente ir a los resultados cuantitativos y cualitativos de ese modelo de atención reformado, que no resultan del todo alentadores. Por lo tanto, preguntaríamos ¿las reformas y la construcción de grandes Hospitales, ha sido el remedio a las carencias del pasado?

Reconsiderando el objetivo de este trabajo de análisis histórico, parecería que hacer un bosquejo de la salud mental en México es, en buena parte, referirse a las omisiones del pasado, a las carencias de hoy en día y a lo que puede hacerse para superarlas; o quizá es lo que minimamente se pretende con esta investigación.

Retomando al Dr. Calderón, (1995) en la revista *Psiquis*, hace mención de un punto muy importante al respecto admite que: “mucho han cambiado las Instituciones que se generaron a través de la llamada Operación Castañeda...”. Sin embargo, “...Hoy, varias instituciones psiquiátricas se encuentran en crisis dado un lamentable retroceso a lo manicomial (al trato inhumano) otras, luchan por cambiar frente a condiciones históricas y económicas adversas”. Además, advierte diciendo, “sin embargo podemos considerar que pese a los tiempos difíciles puede aprehenderse la horizontalidad y el trato respetuoso hacia el enfermo mental, si estamos abiertos al cambio y su consecuente autocrítica.” Añade además “La psiquiatría en México adolece de una memoria histórica que haga visible su esfuerzo continuo por ascender a la modernidad y para lograr el trato respetuoso y horizontal que se merecen los enfermos mentales” Para

esto, inicialmente constataremos datos verídicos de la falta de mantenimiento y remodelación de los Hospitales que en la época de la “Operación Castañeda” fueron construidos.

En un boletín expedido por la secretaria de salubridad, titulado “Antecedentes Históricos; Diagnostico Situacional” se expone que específicamente los principales problemas que enfrenta la atención de la salud mental en México en la actualidad son:

- a) Infraestructura insuficiente, distribución inadecuada y de difícil acceso.
- b) Personal especializado insuficiente y mal distribuido en el territorio nacional.
- c) Carencia de recursos económicos para poder brindar un servicio adecuado en la infraestructura existente.

(http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/prog_psicoinf_cap1.htm.)

Preguntémonos entonces todo esto fue ¿falta de proyección a futuro? ¿Falta de mantenimiento? O ¿falta de conciencia y responsabilidad? ¿En base a qué o a quienes se hacen las reformas y modernizaciones?

Puntualiza dando informes precisos. El promedio de antigüedad de los inmuebles para la atención a la salud mental es de 35 años. De los 28 hospitales psiquiátricos, sólo 5 de ellos se encuentran en buenas condiciones, 18 están en un nivel medio de condición y 5 presentan un deterioro severo. El término “buenas condiciones” se refiere a aquellas unidades hospitalarias psiquiátricas que cuentan con suficiencia, tanto de recursos humanos como financieros y materiales, en donde su nivel de productividad es adecuado, así como el apego y cumplimiento de la normatividad existente; así mismo cuentan con programas de capacitación y formación de recursos humanos, rehabilitación y reinserción social. Este testimonio, es reciente al 2000.

(http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/prog_psicoinf_cap1.htm.)

O sea que nuestros hospitales de primer nivel, construidos, hace 35 años o más, ¿sobreviven? ¿Quizá se pensó que solo era necesaria la planeación inicial y no se proyectó el satisfacer necesidades a futuro? ¿Seguimos pensando que con lo ya hecho es suficiente? Y ¿la actualización? Tanto del sistema como del mantenimiento en instalaciones ¿Dónde está? ¿Quizá vivimos con el recuerdo de las reformas y buenas

ideas del pasado? Y con ello ¿damos solución a los problemas del presente? ¿Esta información influye en la aparición y propagación de Instituciones privadas?

Continuamos con algunos datos estadísticos:

Para datos más concretos, la dirección de Salud Mental cuenta con 11 unidades hospitalarias con un total de 4500 camas y 14 consultorios de psiquiatría en los Centros de Salud del Distrito Federal y otros 5 en el resto del territorio nacional. Otras instituciones y órganos públicos y privados proveen el resto, para completar 8500 camas, cifra muy pequeña en un país con más de 60 millones de habitantes. Ni el IMSS ni el ISSSTE cuentan con camas directas para enfermos psiquiátricos. Nuestros hospitales- granjas y asilos adolecen de escasez de personal en relación con el número de pacientes y en varios de ellos no hay programas de rehabilitación. Su condición deplorable no es tanto resultado de su enfermedad sino del deterioro social que es consecuencia del abandono.

http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/prog_psicoinf_cap1.htm

Sin embargo, la escasez de recursos y la magnitud de otras necesidades no hacen que se justifique este abandono, ya que países con menos recursos que el nuestro; como Costa Rica y Cuba, han tenido logros notables en el campo de la salud mental. Se sabe que los desordenes y las desviaciones mentales representan una grave pérdida económica y social, y grandes penalidades para las personas afectadas y sus familias. De la Fuente (1979)

Como dato curioso pero no del todo alentador, el mismo De la Fuente menciona: “Los tipos de desordenes mentales que ocurren en nuestra población y la frecuencia de los más incapacitantes no son diferentes a los de otros países. Es posible que el 1% del total de la población este severamente afectada y que el 10% de los individuos lo estén en un momento de su vida. Se ha calculado que la prevalecía de enfermos psicóticos oscila entre 10.1 y 14 por 1,000 habitantes. ¿Por qué no partir de estos datos para actuar? ¿Dónde se establece la relación o reciprocidad de estos últimos datos a los de los informes de estructura institucional?

Hasta ahora, a pesar de importantes esfuerzos, la atención a la salud mental no ha respondido a un marco organizado sistemático y eficiente que haya permitido alcanzar

resultados significativos; las acciones aisladas no han logrado aún un impacto que permita observar una reducción significativa en la prevalencia de estos padecimientos. A esto debe agregarse que la complejidad y multicausalidad de los trastornos mentales demandan un tratamiento más elaborado y un involucramiento significativamente mayor de la sociedad. La información disponible ha llevado al consenso de que, aún cuando se encuentra legalmente establecido el carácter en materia de salubridad general y de servicio básico, la atención a la salud mental en la práctica permanece insuficientemente considerada, y como se ha señalado por las más altas autoridades del país, “constituye quizá el área de mayor rezago del sistema de salud en nuestro país”. (www.pag_ssa.gob.mx)

Prueba de ello, lo mencionan los reportes periódicos que la Secretaría de salud, da a conocer en su página de Internet en donde menciona: “Carecemos de los recursos suficientes para la atención a la demanda de enfermos. De los 28 hospitales psiquiátricos solo 16 unidades cuentan con consulta externa para niños y adolescentes, y en el Distrito Federal de los 3 Centros comunitarios de salud mental (CECOSAM) y el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) tiene servicio de paidopsiquiatría. También existen estos servicios en algunos Hospitales Generales e Institutos Nacionales de Salud.

(http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/prog_psicoinf_cap1.htm.)

Otro aspecto importante y también problemático, es la cantidad de profesionales disponibles para atención en sector público, la oferta es escasa, por no decir insuficiente. De acuerdo con estudios efectuados en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, México contaba en 1976 con 507 psiquiatras, es decir menos de 1 por 100 000 habitantes. En cuanto a trabajadoras sociales el déficit es aún mayor. Se cuenta solamente con 26 trabajadores sociales y con no más de 20 enfermeras con adiestramiento formal en el manejo de enfermos mentales. La escasez de otros miembros del personal de salud mental, terapeutas ocupacionales y administradores, también se deja sentir.

El Distrito Federal concentra al 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales En la República Mexicana sólo existen 200 paidopsiquiatras, lo que significa que un paidopsiquiatra tendría que atender a 200 mil niños www.pag_ssa.gob.mx

Otro punto importante y donde se refleja la falta de capacidad de atención, lo indica De la Fuente (1979): En México, no podemos aún decir que los programas de salud mental hayan llegado alguna vez al campo. La tarea ha estado limitada a las zonas urbanas donde la población pertenece a una de dos grandes categorías socioeconómicas; la que está asentada en la ciudad, y relativamente instruida, y los habitantes de las barriadas pobres.

Sin embargo y con todas las ventajas en cuanto a capacitación y evolución en tratamiento de pacientes infantiles, existen otras realidades que no son del todo alentadoras y que probablemente generen la falta de calidad en la atención y tratamiento; de hecho dentro de la Secretaría de Salud la capacidad para la atención psiquiátrica y psicológica del menor no cubren todas las necesidades.

Surge entonces otra pregunta ¿la falta del recurso económico y el reconocimiento social para los profesionales sería otro de los aspectos de los que se carece para tener una mejora en la atención del paciente?

Lo cierto es que durante mucho tiempo en nuestro país la salud mental ha sido desatendida. Los recursos siempre insuficientes, han sido usados para hacer frente a otros graves problemas: la desnutrición, las enfermedades infecciosas, el rápido crecimiento de la población y, sobre todo la educación.

La muestra de que en nuestro país la atención es deficiente, quizá no esta solo en las Instalaciones y el número de hospitales, sino en la conciencia de las autoridades para eficientar la atención, pensando en la cantidad de especialistas y profesionales de la salud mental que no están trabajando, es que ¿la visión es de solo mantener o controlar y no buscar la superación de la enfermedad del paciente?

Aquí cabría otra pregunta ¿Nuestro trabajo y la lucha por atender y atacar los problemas mentales debe ser mas preventivo que de remedio? ¿Realmente el esfuerzo por la rehabilitación de los pacientes es productivo? ¿Qué hacer para disminuir el número de pacientes en el futuro? ¿Nuestros hospitales psiquiátricos pueden ser considerados en su totalidad, instituciones curativas?

En un análisis realizado por De la Fuente (1979), en su libro: “La salud mental”, plantea como alternativa de solución: “Para contender con los problemas de la salud mental, se requieren políticas públicas a nivel nacional; que tanto el gobierno federal como los gobiernos estatales canalicen recursos económicos proporcionales a las necesidades expresadas en estudios objetivos, y la puesta en acción de programas que progresivamente cubran las necesidades de la población, en su totalidad”.

Sin embargo, habría que plantear además que, a menos que se haga una planeación a largo plazo y el apoyo financiero sea continuo, las necesidades de salud mental de grandes segmentos de nuestra población continuaran desatendidas.

De la Fuente (1979), continúa diciendo. “Sin una base presupuestal para la restauración de nuestras instalaciones, prematuramente envejecidas, la formación y el empleo de personal, el suministro de medicamentos en cantidad suficiente y una red nacional de servicios de salud mental a distintos niveles, el futuro parece sombrío”.

Es alentador que en el plan nacional de salud se reconoce la importancia de la salud mental y que en el plan de trabajo de la Secretaria de Salubridad y Asistencia se situó como segunda prioridad, inmediatamente después del abrumador problema demográfico. (www.pag.ssa.gob.mx)

Un programa nacional de salud que sea humanista y justiciero mantendrá el derecho de cualquier persona a recibir un trato adecuado, humano y científico, cuando sus facultades mentales están dañadas. (De la Fuente, 1979)

Sin embargo, lo cierto es que aún en la actualidad, y habiendo tantas propuestas la realidad es que nuestras leyes del Código Civil siguen con deficiencias, y no protegen el derecho de los enfermos psiquiátricos, en su totalidad, un ejemplo de ello es que a recibir tratamiento ni se precisan los requisitos mínimos que debieran satisfacer las instituciones en cuyos recintos pueden permanecer confinados por muchos años. Además de que las personas que sufren enfermedades mentales son las más desvalidas de la sociedad.

Dice al respecto De la Fuente: “Si queremos acortar la brecha, la asistencia, la prevención, la capacitación de personal y la investigación en el área de la salud mental deben ser justipreciadas (acordadas) en los programas federales y estatales de salud”.

Lo cierto es que a partir de la capacitación y medicación adecuada podríamos contar con recursos que permitan tratar a muchos enfermos en el seno de sus familias y de la colectividad. Aún los enfermos mentales crónicos, los que sufren retrasos mentales, epilepsia y defectos consecutivos a trastornos orgánicos del cerebro pueden, con la atención adecuada, tener una vida humana.

Ahondando en el punto de la intervención del Gobierno en este tema de la legislación dentro de los episodios de reforma a nivel gubernamental, por mencionar alguno, en el período del presidente de la república C. Dr. Ernesto Zedillo P.

En un reporte de las reformas de la “Ley de los institutos nacionales de salud”, hecho en el sexenio pasado se describe lo siguiente:

“Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

Ernesto Zedillo Ponce de León, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, hace a sus habitantes sabed:

Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente”

Y de manera oficial, menciona las descripciones o definiciones que en su caso deben aplicar tanto a los hospitales como al personal y las actividades que desempeñen dentro del ámbito de la salud en general. Los párrafos extraídos son solo referentes a la salud mental.

“DECRETO

EL CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DECRETA:

ARTÍCULO 6. A los Institutos Nacionales de Salud les corresponderá:

“I. Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básico, en las áreas biomédicas y socio médicas en el campo de sus especialidades, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud;...”

Más adelante define como se considera al profesional que investiga, además de la función de las Instituciones:

“VII. Investigador, al profesional que mediante su participación en actividades científicas genera conocimientos, por su cuenta o institucionalmente, en la Biomedicina o la Medicina;

III. Institutos Nacionales de Salud, a los organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupados en el Sector Salud, que tienen como objeto principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, y cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional;

X. Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, para los padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia,...” (Programa de acción salud mental: programa específico de atención a la psicopatología Infantil y de la adolescencia).

En resumen, aún queda pendiente que la aplicación de estos puntos expuestos haya logrado el beneficio, pronto y efectivo para las personas que lo requieren, en lo que respecta a la salud mental.

Con la misma pretensión de beneficio a la población discapacitada. A partir de 1993, una de las estrategias de acción para atender a las personas con necesidades educativas especiales va más enfocado al área educativa, aunque no descarta las demás áreas que intervienen; es desde el adiestramiento de profesores y la difusión de la información de las distintas discapacidades que emprende estrategias y es así que a través del “PROGRAMA NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION ESPECIAL Y DE LA INTEGRACION EDUCATIVA” nos proporciona hoy día, una alternativa de solución, que aunque no en si la solución a la problemática, le da un enfoque diferente a la intervención. En este documento se plantea la intención de la incorporación o inclusión de las personas con discapacidad a la educación regular, como un punto de partida de solución a la problemática SOCIAL de salud mental en nuestro país. Que aunque lleva ya un trabajo desde 1993, en la actualidad toma fuerza y en concreto, plantea que los logros actuales se deben a la intervención y el trabajo conjunto con instituciones privadas.

Parece que ahora se empiezan a ordenar las piezas de lo que sería un rompecabezas gigante, y comienza a tener forma y figura.

A partir de esto, podemos considerar que de aquí en adelante vamos en búsqueda de las otras piezas fundamentales del rompecabezas, tales como son el trabajo Institucional para los Autistas, considerando desde los casos de salud mental de niños en el pasado, hasta las referencias que tenemos en la actualidad, de tratamientos concretos para el Autismo, en el sector salud.

Para poder llegar a saber de los primeros casos atendidos de personas con Autismo en México, pensé en ir a lo medular, investigar en torno a la existencia de esos pacientes de los Hospitales Públicos desde donde se tuvo referencia y de poder verificarlo personalmente:

Visité el antiguo Hospital de la Canoa, en la Calle de Donceles, frente al Teatro de la Ciudad. Donde está el archivo general de la Secretaria de Salubridad y Asistencia. Aquí se concentran expedientes de pacientes desde la Castañeda y folletos o artículos históricos que refieren datos de suma importancia en éste sentido, es decir, nada de estadísticas, ni de números, que aunque es información útil para esta investigación, los casos particulares de infantes dan mayor claridad a este punto de los primeros pacientes Autistas tratados médicamente con el diagnóstico de Autismo.

De los expedientes revisados, documentados en 1905, había muy pocos casos de niños menores de 7 años de edad, diagnosticados con alguna enfermedad mental; unos cuantos expedientes de niños mayores a 11 años, algunos de ellos con información incompleta o con diagnóstico confuso, otros con tratamiento incompleto, pues en los días de salida, al regresar ya no lo hacían. La primera impresión al revisar algunos de esos expedientes, es que en esa época los pacientes se les atendían mediante el internamiento, pero no de intervención médica, por no ser considerados sujetos de cura. Por otro lado, quizá, los mismos padres no los habían detectado, o no daban crédito a la importancia de la atención y no los llevaban al hospital.

A partir de este hallazgo, pregunté a una de las historiadoras que ahí trabaja, si era verdad que no existieran expedientes de niños menores de 7 años, como los encontrados y relatados aquí. Su comentario fue, que no los encontraría, pues en los años alrededor de 1906, la prioridad en el País, era que los pequeños sobrevivieran, pues los índices de

mortandad eran altos, debido a la gran incidencia de enfermedades como la tuberculosis, entre otras. Aseveración hecha por De la Fuente (1979) cuando menciona a la salud mental como un problema social.

Otra causa de mortandad en infantes, era la desnutrición y la desinformación en cuanto a asepsia al momento del nacimiento. Esto lo corroboré, cuando observé de los expedientes de varones mayores a 11 años con diagnósticos tan diversos como epilepsia, lo sorprendente del caso no es esto, sino el reporte de la baja o de “alta” del Hospital, que en resumen se refiere a la muerte del paciente por problemas gástricos.

Aún más específico, me tocó leer sobre los tratamientos médicos a los pacientes, un caso de un menor, diagnosticado “de Coqueluche” al parecer un padecimiento infeccioso, del cual no se encontró referencia a algún diagnóstico actual ni parecido. El tratamiento consistía en: “anestesia por éter, cucharaditas espasmódicas (codeína, belladona y éter).

En lo único que encontré familiaridad a los tratamientos actuales fue en el aspecto de la evaluación del paciente para determinar el padecimiento y realizar el diagnóstico. Se utilizaba la Escala de Binet.

Considero que estos datos son el punto en donde se esclarece la situación real de nuestro País en el pasado, en cuanto a la atención médica de pacientes en salud mental. Sin embargo, ¿esto ya quedaría superado al paso de los años?

Para comparar el pasado con el presente acudí al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, que contiene información más reciente y formal, hablando en términos científicos. El contacto fue directo con el Dr. Jorge Escotto Morett, quien participa en el hospital en el tratamiento de los niños con Autismo que ahí acuden, al programa de *Terapia Ambiental*: en éste, se atienden niños con trastornos generalizados del desarrollo, como aquellos del espectro Autista: Autismo, Autismo Atípico, Síndrome de Asperger, Trastornos Desintegrativos, etc. Este servicio está integrado por diferentes servicios de apoyo; terapia de lenguaje, psicomotricidad, psicopedagogía, entre otras. También se otorgan terapias a pacientes de otras áreas del Hospital. Éste es específicamente con el que se cuenta en el sector salud como atención terapéutica, específica para los Autistas.

Para corroborar dicha información solicite al Hospital la autorización para conocerlo y constatar lo que tanto se menciona, incluso realizar entrevistas con el personal.

Inicialmente solicité el acceso a la biblioteca, lo cual fue complicado y problemático debido a la tramitación de acceso y el proceso burocrático del que se caracterizan. Habiendo obtenido la autorización y cita para asistir a la consulta bibliografía, había que ingresar con un médico del Hospital para ser supervisado y “asesorado” en la búsqueda de la información necesaria. Sin embargo, para el día de la cita, desafortunadamente no había personal disponible, al final no se pudo acceder a la biblioteca. A cambio se me envió con el Dr. Psiquiatra Escotto Moret.

En este Hospital, se encuentra la sede de la Sociedad Mexicana de Autismo, la (S. M. A.), y su director el Dr. Escotto Moret, me concedió una entrevista, aún sin haber concertado cita. Se mostró accesible y cooperador conmigo. Después de comentarle cual era el mi objetivo, (buscar información para la presente investigación) de manera sencilla inicio a comentar de los comienzos de la atención al Autista en México y de su experiencia como gran colaborador y pionero en la materia.

Comentó entre otras cosas que desde el año de 1980 se formalizó el tratamiento a los Autistas en este Hospital, a través de la sociedad que el preside, pues anteriormente se les daba otro tipo de atención a estos pacientes.

Sin embargo, comentó que la labor ha sido ardua y difícil y que lo que en la actualidad se considera atención específica para el trastorno Autista en el Hospital, no es del todo eficaz, asegura que la situación es diferente entre lo que se dice y lo que se hace, refiriéndose a lo que en teoría se maneja como presentación en Internet, comenzando por que ni el propio Director de la (SMA), es considerado por el Hospital como empleado del mismo. Y es que por palabras de él y de su Asistente la Lic. En Psicología Elvira Murga de Creel, el programa del Hospital Psiquiátrico Infantil, no concibe el trabajo del Autista y para el Autista como debería ser dado.

El Dr. Escotto, menciona que en nuestro país, el comienzo real del trabajo terapéutico con personas con Autismo fue alrededor de 1980. Resalta la labor tan difícil que ha sido el poder hacer conciente a la población médica en inicio y posteriormente a la población

en general, que el trabajo terapéutico para el Autismo es diferente a lo que se concibe como salud mental o educación especial. En su caso, el Dr. Escotto, en su trabajo de rehabilitación que realiza con pacientes Autistas en el “Hospital Psiquiátrico Infantil”, lo hace con el apoyo de un grupo de terapeutas, quienes aplican técnicas de Modificación Conductual con pacientes de entre los 7 y los 16 años de edad, rehabilitando en diferentes áreas del desarrollo, en el área de “Terapia Ambiental”, (llamada así por el mismo Hospital) trabajando con cada niño en sesiones de 40 minutos una vez a la semana.

En general, el personal a cargo reconoce que el avance es lento, debido a que el tiempo de trabajo terapéutico con este tipo de pacientes debería de ser diario, pero las condiciones en cuanto al apoyo del Sector Salud, no dan para más.

La Secretaria de Salubridad y Asistencia apoya a éste programa, sólo con Instalaciones. En realidad, la Asociación se mantiene de donativos y del trabajo tanto del Dr. Escotto, como de los profesionales que participan con él.

Posteriormente a la entrevista, me invitó a constatar lo hablado y a ver de cerca el trabajo e instalaciones donde se atiende a la población Autista. Acudí acompañada de la Lic. Elvira Murga, asistente del Dr. Escotto, quién se mostró amable y accesible a mis cuestionamientos. Durante la visita realizada a las instalaciones del Hospital Dr. Juan N. Navarro, fue evidente la escasez de material, lo que en el mejor de los casos estimula la creatividad de los terapeutas. Realmente se reconoce que la labor al igual que el deseo e interés por la rehabilitación de las personas con Autismo que acuden a la asociación es mucha, no así el apoyo del Sector Salud. Pareciera que aún no es del todo comprendida la magnitud de la necesidad del tratamiento de las personas con Autismo. Quizá aún no conocen a fondo el diagnóstico preciso o quizá implica mucho el conocerlo, pues de ser así ya no habría pretexto para el problema de la atención al Autista. Para dejar bien en claro lo que es el impacto del Autismo citaré el párrafo del diagnóstico del DSM IV – R:

“Las características esenciales del trastorno Autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del

trastorno varían mucho en su función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto. A veces el trastorno Autista es denominado Autismo infantil temprano, Autismo infantil o Autismo de Kanner... la alteración debe manifestarse antes de los 3 años de edad por retraso o funcionamiento anormal en por o menos una (y a menudo varias) de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje tal como se utiliza en la comunicación social o juego simbólico o imaginario (criterio B)...” DSM IV – R (1999)

Esto es solo una parte de lo que implica el diagnóstico, para mayor documentación, es conveniente remitirse al capítulo I, donde se menciona a detalle las implicaciones incluso de tratamiento. Con el diagnóstico manejado por el DSM IV – R, que es el que hasta ahora se considera vigente, podemos constatar que la atención para las personas con Autismo, no es como cualquier otra discapacidad, es más en el capítulo I, al principio se plantea que al considerarse como un espectro, dada la gama de síntomas y características, pareciera ser que cada caso es único y aunado a ello las áreas afectadas como se mencionó en el párrafo anterior y la variabilidad, refuerza la importancia de un trabajo multidisciplinario y constante. De lo contrario el progreso en la rehabilitación no se consideraría significativo.

La Psicología como ciencia, aún se plantea problemas científicos en cuanto a la descripción de los mismos. Tal es el caso del Autismo, el cual ha generado gran controversia en cuanto al diagnóstico y tratamiento, ya que estos varían según la aproximación teórica de la que se parte (Cepeda, 1985).

Cualquiera que sea la edad o grado de severidad de la persona Autista, existen múltiples alternativas para ayudarlo a tener mayor desarrollo de sus capacidades y mejores condiciones de vida.

Básicamente podemos intervenir de tres formas:

- Mejorando el estado físico de su organismo “orgánicas y médicas”.
- Enseñándoles las habilidades que le permitan vivir mejor “alternativas educacionales”.
- Reforzando aspectos específicos “terapias complementarias”.

(www.autismo.org.mx)

Por ultimo en la entrevista con el Dr. Escotto Morett, cuando se realizó la visita al Hospital Psiquiátrico Infantil, mencionaba, un punto de donde se generaron varias de las incógnitas del presente capítulo ¿y qué hay de las instituciones privadas? ¿Por qué de su existencia? ¿Son útiles, son eficaces, lo que el sector privado parecería ser que no? ¿Cubren ese vacío no cubierto por el sector salud? Su opinión personal fue concreta: “las Instituciones Privadas, no todas tienen credibilidad, pues pueden ser plataformas de proyección personal o una causa buena para la obtención de recursos”.

Por ello, expondremos el relato de la Sra. Vayard, madre de una persona con Autismo, que casi a la par del trabajo del Dr. Escotto, inicia su labor con el fin de crear un espacio para esas personas, pues en su experiencia, no encontró el apoyo necesario para su hijo en su momento.

Es el testimonio más relevante de lo que en tratamiento para el Autismo y la realidad que se vive en nuestro país desde 25 años aproximadamente. DUMUS, es una Institución privada, que inició aquí en México. Esta Institución precedida por la Sra. Judith Vayard fue creada por que su hijo menor, con el que pasó lago tiempo en busca del diagnóstico preciso a su problemática es Autista. Cuando encontró quien lo diagnosticara, conoció al Dr. Ayala, un médico de renombre y catedrático de la UNAM. Sin embargo, el diagnóstico emitido por el Dr. Ayala, solo sería el inicio del camino hacia DOMUS. En palabras de la misma señora Vayard dice: “el diagnóstico no me favorecía en nada al problema que estaba viviendo con mi hijo, ¿no había quién se dedicara al tratamiento de estos niños?” y fue entonces que idea fundar una institución junto con otros padres de familia y con el apoyo en el tratamiento rehabilitatorio. En Psicología (la modificación conductual), alternado con la medicina (neurología), para sus hijos, en colaboración de un equipo de estudiantes del Dr. Ávila.

Con algunos problemas en el proceso de consolidación de la Institución, como fue el inmueble, administración, personal y otros detalles más, después de 25 años de lucha DOMUS es ahora una de las instituciones reconocidas a nivel internacional, en el tratamiento del Autismo en México. La misma Sra. Vallar menciona que “es a través del esfuerzo y dedicación que ha logrado ser DOMUS lo que es” y ella esta plenamente convencida que el tratamiento que se le da al Autista en el lugar es el adecuado en tiempo y técnicas; entre otras cosas.

Considero conveniente mencionar que este testimonio lo puedo reafirmar ya que, yo fui participe del equipo de trabajo en esta Institución en el año 1992, y allí fue donde conocí al Autismo y lo que se puede trabajar con él. Aprovechando mi vivencia puedo opinar que en cuanto al papel del psicólogo, es éste el portador de las técnicas para modificar la conducta del paciente, además de ser participe, en apoyar al Autista para que logre un espacio en éste contexto de realidad de difícil de acoplarse para él, mediante esa rehabilitación que lo hace “funcional” (practicar la socialización en la medida de su tolerancia, poder ser autosuficiente en habilidades de auto cuidado y manejo del lenguaje adecuado), esto con el fin de ser aceptado por la sociedad.

Hablando de mi experiencia, cabe mencionar que mediante las técnicas aprendidas durante mi preparación profesional, una de las experiencias a enfrentar entre la teoría y la práctica, fue cuando habiendo entendido como es que se establece la modificación conductual dentro del contexto del laboratorio escolar de la FES IZTACALA, traspolarlo a la práctica y aplicación con un paciente Autista, es una experiencia única, lo cierto es que no es nada fácil, pues implica mucha responsabilidad, partiendo de que estamos claros en que la aplicación e intervención tiene como objetivo mejorar la condición del paciente en función de la convivencia con lo otros pacientes, con su familia y la demás gente con la que él se tenga que enfrentar en su vida cotidiana. Así mismo, otro punto importante a considerar para ese óptimo trabajo en pro del Autista es el trabajo multidisciplinario. Creo que no debe ser complicado entender, que dentro de mi utilidad está también la de las otras disciplinas científicas que intervienen en este trabajo en pro del Autismo. Reitero la veracidad de los comentarios, cuando se dice que “el Autismo es una cultura de vida”, “que convivir y vivir con una Autista, impacta en la propia personalidad” yo lo viví y lo creo. Además de que se requiere de cierta empatía para poder entrar en ese ambiente que a decir verdad, desde mi particular apreciación es un tanto elitista por el mismo Autista.

Es a partir de esta reflexión que comprobé que el Autismo requiere de un tratamiento especial y específico. Hablando objetivamente, ante el trabajo para el autista, este debe ser metódico y continuo, con un seguimiento acucioso y propósitos precisos. Requiere de compromiso permanente y continuo. A largo plazo. Requiere de ese compromiso, pero en el aspecto humano, una entrega incondicional y de comprensión hacia el otro,

al que no puede encontrar el camino a la adaptación a esta realidad que implica muchas exigencias, sobretodo en lo social, principal dificultad para el Autista.

Casi todas las instituciones tanto Nacionales como Internacionales tienen propósitos similares: buscar una mejor condición de vida para el Autista, para esto se plantean tratamientos principalmente de habilitación funcional, sobre todo en el área social y de lenguaje que son las que principalmente se ven afectadas.

Por mi parte, he tenido la oportunidad de cooperar y participar en la fundación de dos Instituciones de esta misma línea. Una de ellas es PEUHCALLI, que se creó en 1994, a partir de la experiencia que viví en DOMUS. PEUHCALLI se crea (aún con todos los problemas ya planteados a enfrentar) por la carencia de centros de atención en la zona norte de la ciudad de México; pues las Instituciones para el Autismo, estaban en el sur de la ciudad, aunado a ello, también los médicos especializados.

Dentro de DOMUS conocí a una familia que vivía cerca de mi rumbo, es decir, para yo poder trabajar en DOMUS, tenía que atravesar la ciudad de México de norte a sur, en dos horas y media aproximadamente; yo trabajaba con su hijo Autista y ambos tanto su familia como yo viajábamos ese trayecto para reencontrarnos en el trabajo. A los padres de éste chico se les ocurrió el poder iniciar un centro en donde se les atendiera a los pacientes Autistas que había en la zona norte de la metrópoli de la ciudad de México. Cuando decidimos iniciar con el proyecto, las expectativas y los objetivos eran muy ambiciosos pretendíamos habilitar el sitio de áreas recreativas, educativas, auditorio entre otros espacios; pretendíamos dar parte a las autoridades de la localidad a fin de hacerlo lo mas apegado a la ley, además de pretender apoyo de ellos en difusión y construcción, cuestión que vimos viable dentro de la lógica del apoyo que el gobierno debe de dar a las instituciones al servicio de la comunidad. El resultado: un sinnúmero de negativas y de interés en el proyecto, aún habiéndolo hecho con una fundamentación teórica y asesoría de expertos. Las causas, el desconocimiento de la existencia del Autismo y de que hubiera población con esta situación en el municipio de Coacalco. En cuanto a la S.E.P., las cosas no fueron menos desalentadoras, para ellos el registro de la institución no tenía validez mientras no se emitiera un certificado oficial de comprobación del aprendizaje del estudiante. Finalmente PEUHCALLI se instituye en el municipio de Cuautitlán Izcalli, también en el Estado de México, no con el apoyo de las autoridades gubernamentales, pero si con el interés de saber en cuanto al Autismo y

de la existencia de este en la comunidad. En el primer año se atendieron alrededor de 8 pacientes de entre los 3 y 10 años. La estructura es de modificación conductual, propiciando la rehabilitación funcional integral de acuerdo a la edad y las capacidades, según el caso. Actualmente se ha atendido aproximadamente a 200 familias de los alrededores del municipio y otras tantas de provincia, capacitando a los padres como terapeutas propios de sus hijos y monitoreándolos periódicamente. Es justo decir que PEUHCALLI trabaja mediante un modelo similar al de DOMUS.

Un aspecto importante que se ha tocado en la parte del análisis de esta investigación en cuanto a los apoyos económicos y de gobierno lo viví en carne propia, la carencia y la negativa es constante, los apoyos son mínimos y requieren de muchas visitas y tolerancia en tiempo. En cuanto al tratamiento, aunque la demanda en atención fue buena, ahí comprobé que el gasto económico es grande, debido a su especificidad, el Autismo requiere de un grupo de profesionales en torno a su atención y esto implica un gasto que para los padres es insostenible por mucho tiempo. Pareciera que el tener un hijo Autista es todo un lujo y que no hay modo de remediarlo, pero comprobé que la lucha constante por dar a conocer la existencia del Autismo es lo que de alguna manera propiciará el que otros se involucren y uniendo fuerzas es como se logra un bien común. Sin embargo, la lucha es constante desde que el Autista es diagnosticado hasta que éste deja de existir, pues aún rehabilitado un Autista, su condición de independencia no llega a ser al 100%, es decir, por mínimo que sea requiere de una custodia continua. Es por esto que se crea otro centro de atención a adultos autistas, pues el autista es niño, joven y adulto y cada una de sus etapas implica determinadas necesidades de acuerdo a la edad y a decir verdad para los adultos Autistas hay programas residenciales pero con carácter de internamiento, pocos son los que manejan un ambiente residencial de ambiente familiar, esto es lo que se quiso crear al dar origen a APIC.

En el año 2002, se le dio origen al INSTITUTO TERAPEUTICO EDUCATIVO, APIC, este a diferencia de PEUHCALLI, atiende a Autistas adultos en un sistema diferente al semi-escolarizado, que es el que maneja PEUCALLI. Por su parte APIC trabaja en la rehabilitación y/o habilitación de esos Autistas mayores para la adquisición de rutinas de auto cuidado y supervivencia, propiciando en lo posible una vida semi-independiente. Ambas instituciones se encuentran en el área metropolitana, específicamente en Cuautitlán Izcalli. Este programa maneja un modelo de habilitación

a lo semi-independiente, la estructura de los programas implican acudir a centros comerciales organización en orden y limpieza de casa, autocuidado y supervivencia, entre otros.

Iniciando una recopilación de testimonios propios y de otras instancias y personas lo cierto es que, ante la visión de muchos de los que nos hemos vistos inmersos en el mundo del Autismo llegamos a un común denominador: la comunicación y compartir experiencias y sabiduría; pues creo que con esta actitud se abrirá un panorama más positivo y propositivo de mayores oportunidades inicialmente para el Autista y por ende para todo profesional que se dedique a ellos. Quizá el Programa de fortalecimiento, propuesto por el SEP, no sea el mejor y el que resuelva lo planteado, sin embargo lo considero como un aporte de mayor consolidación, partiendo del hecho de que las Instancias Públicas y Privadas se unen a través de compartir sus logros en lo particular y con un fin común. Las personas con discapacidad.

A todo esto he llegado a la conclusión que no solo se necesita vivir la experiencia, ni un gran corazón, se necesita sobre todo conciencia y conocimiento de todo el panorama, médico psicológico, económico, gubernamental, mundial, social y cultural para poder actuar, desde lo particular y en esa medida habrá contribución para un cambio en lo general.

Para finalizar considero que las respuestas a las interrogantes expuestas, podrían tener no solo una sino varias respuestas. Primeramente porque he constatado que a través del tiempo ha habido carencias y falta de atención a esta porción de la población y lo más alarmante es que en la actualidad aún habiendo pasado por varias reformas, la situación no mejora, es decir, continua la carencia, continua la falta de apoyo económico y la credibilidad que a través de la atención habrá una recuperación y por ende una inclusión en la sociedad, trabajo que desde 1993 ha venido realizando la SEP por su parte. Pero eso no es todo. La existencia del ámbito privado responde a la capacidad económica de una porción de la población, lo que se traduce en una atención privilegiada y restringida a una minoría.

Así pues, parece ser que hay esperanza de que la realidad cambie, a través del trabajo multidisciplinario, de ambos ámbitos de la salud y la educación tanto de lo privado y lo

público. Uniendo esfuerzos e incluyendo a la población, llámese con padecimientos mentales o con necesidades educativas especiales, y generando la difusión con el fin de concienciar a la población en general, estaremos interviniendo en el desarrollo óptimo de cualquier individuo de nuestra sociedad. Asumiendo la responsabilidad como comunidad, desde el ámbito en donde nos encontremos.

Esto me remite a mencionar la experiencia de la Sra. Isabel Bayonas, madre de un adulto Autista, ambos de nacionalidad española, y que refuerza lo que expongo, “se necesita dar a conocer al Autismo, como sea, pero se necesita saber cuales son los canales por los cuales obtener los mejores resultados en pro de ellos”. Ella es de las pioneras en su país y a nivel mundial, en demandar los derechos legales, de atención y tratamiento, de las personas con Autismo a nivel universal. Actualmente ha sido un apoyo solidario con México, en cuestiones legales y de innovación médica y educativa. “Realmente la experiencia del Autismo, implica no solo la parte profesional de quién decide vivir la experiencia, es más bien un modo de vida”.

CONCLUSIONES

En la presente investigación, la observación y análisis de la realidad del Autismo en nuestro país, me llevó a comprender de manera histórica y social, la situación actual de la salud mental y del Autismo en México.

Así también, a identificar los aspectos que intervienen en el diseño y organización de los planes de atención en salud mental de mi país a nivel gubernamental. Cabe mencionar que al inicio de la investigación, consideraba como factores determinantes el aspecto económico y la falta de conocimiento del Autismo como padecimiento mental (la inculturación del término). Pues mi experiencia como profesional se limitaba a un trabajo como psicóloga en instituciones privadas, sin conocer a fondo los programas del sector salud, o el trabajo de los profesionales en los hospitales de mi país.

En cuanto a los aportes de otros países diferentes al mío, consideraba que sólo era el mero intercambio de experiencias en congresos coloquios o simposiums, pues así lo viví en los que yo participé. No tenía el conocimiento pleno de la participación activa de profesionales de distintas disciplinas y del extranjero, llámese Cuba, Argentina, Estados Unidos de Norteamérica, Chile, Uruguay, España (principalmente) entre otros, que de manera estrecha recientemente participan con macro proyectos a largo plazo con el gobierno de México e Instituciones privadas, por ejemplo “DOMUS, VEN CONMIGO,” entre otros muchos más, y no sólo con el Autismo sino con la salud mental en general, trabajando principalmente por los derechos de estas personas, que a decir verdad, es lo que primero se debe instaurar, antes que cualquier tratamiento para que sean atendidos como cualquier ciudadano con derechos civiles.

Otros de los hallazgos que me llevan a cambiar mi impresión inicial de la problemática en la atención de las personas con Autismo en mi país, es el problema de la economía y de la carencia de salud en el pasado y en el presente. Pues mientras yo buscaba en los expedientes de los años 1900 a 1950 en el antiguo Hospital de la Canoa (en donde se encuentran todos los expedientes de los Hospitales anteriores a la Castañeda), casos de menores en atención mental, estos ni siquiera existían; no por falta de padecimientos de esa índole, sino por que anterior a esto y de mayor gravedad estaba el problema de la

desnutrición y de los índices de mortandad que en la época de la Castañeda eran de alto nivel.

Actualmente la desnutrición es algo que no se ha superado del todo, y la mortandad está disminuyendo paulatinamente. Sin embargo, el problema sigue y es un punto a considerar, tanto como los problemas que padecen las personas con Autismo. Como estos aspectos podemos mencionar otros más, pero considero que eso puede ser un tema para otra investigación.

Por otro lado, es importante y a la vez crítico reconocer que nuestro país carece de un servicio eficaz de salud en general. Al grado que ni las necesidades básicas (atención a enfermedades leves) sean cubiertas. La existencia de instituciones privadas en cierto modo viene a apuntalar en parte las necesidades de la población en el sector salud. Pero ¿Cuánta población puede acudir a este servicio? Se repite la pregunta ¿es un lujo la salud o un privilegio?

Al conocer los logros de países que en comparación al nuestro en economía, están por debajo de nuestro nivel, pensaríamos que “el dinero no lo es todo”. Es aquí en donde se plantea que no sólo el recurso económico o la inculturación del Autismo, son los únicos factores que determinan la carencia o la satisfacción plena en el servicio a la salud mental. Más bien, lo es el trabajo multidisciplinario, aún traspasando fronteras, en donde puede haber adelantos que sean aplicables a nuestras necesidades.

Lo importante, es que antes de mejorar una situación difícil para una porción pequeña (relativamente) de la población (el Autismo), hay cuestiones a resolver de mayor peso y de mayor preocupación, que también las padecen los Autistas. No con esto quiero decir que hay que esperar a resolver los problemas mayores y después los del Autismo.

Recuerdo un comentario que viene a reafirmar lo anterior, al preguntarle al Dr. Martos, neurólogo español, especialista en el tratamiento del Autismo ¿qué opinaba de mi país? en relación al trabajo del Autismo, mencionó: ”lo primordial es ver el todo, un país que tiene problemas económicos, sociales, como los de México, se tiene que enfocar en resolver los que afecten a la gran mayoría, como por ejemplo, la desnutrición, los analfabetas, la corrupción, la seguridad social, la contaminación, la sobrepoblación, por

mencionar algunos. Esto no quiere decir que el Autismo no sea importante, solo que el gobierno no puede ni debe hacerlo solo, esto es un trabajo en conjunto, el sector privado debe participar activamente, es decir, los padres de personas con Autismo, los profesionales, y todas las personas que estén relacionadas, con esto. Este tipo de reuniones, congresos, simposiums, por ejemplo, facilitan la comunicación y el intercambio de información (hablando de un coloquio al que asistimos él y yo), y no solo el intercambio sino la planeación de trabajos conjuntos para concretar en beneficios sólidos, a partir de los medios del gobierno, (tramites, instalaciones, entre otros) y los particulares (experiencias de trabajo y resultados)”. Por último un detalle sobresaliente de su comentario fue que con gran asombro me preguntó, “¿cuanto tiempo hicisteis de tu casa a este sitio?, le respondí dos horas y un poco más. ¿Cómo es posible que aún sonrías? No supe que responder... finalmente me dijo: ¿si me entendéis? Antes que el Autismo, estarían el tráfico excesivo, la sobrepoblación, el exceso de autos y la mala planeación de mejoras en las vías terrestres, eso no solo afecta a los Autistas, sino también a ti y a mí.

Con toda seguridad puedo apuntar que mi visión ha cambiado, pues considero que la experiencia que tenía antes de realizar esta investigación, era sólo el principio de una gama enorme de aspectos a considerar para poder tener un panorama más amplio del Autismo y poder “atreverse” a opinar al respecto. Sé que para ello hay que vivir y convivir, así como conocer lo que se ha hecho a través del tiempo, para no solo entender al Autismo sino al ser humano Autista, que vive y es miembro de una sociedad que lo califica y lo ubica en un lugar determinado y que al paso de los años esa calificación y ubicación en la sociedad cambia. Siendo mas clara, considero que del pasado lo que me queda claro es que la concepción del paciente enfermo mental, era solo realizar el diagnostico y pretender clasificarlo, sin un pronóstico de su vida, es decir, se le consideraba como un desecho. Por tal motivo, es que en los archivos no se encontraba mas que las clasificaciones, (incompletas) y los “paliativos” que se les daba para “aminorar” los síntomas de su padecimiento. Esto de alguna manera justificaría la actitud de los médicos y el proceder de los mismos, considerando al enfermo mental, un sujeto sin remedio. Lo escrito me hace reflexionar en torno al momento de la definición de Autismo hecho por Kanner. El plantea solo el diagnóstico y su gran hazaña fue el delimitarlo de otras enfermedades que por los síntomas tendía a confundirse. Pero al paso de los años, (supongo) y no lo tengo del todo claro, hubo quien se dio a la tarea de

proponer que el diagnóstico no es suficiente y que habría una posibilidad de aspirar a un cambio en función de la “mejora” en la condición del enfermo mental.

Para terminar esta idea, quisiera comentar lo siguiente, esto me deja la enseñanza que en un proceso de investigación, es poco lo que se puede considerar como una verdad, pues se parte de supuestos que uno tiene a través de la experiencia personal, pero falta tanto por aclarar, en la medida que haya gente que este involucrada con el fenómeno del autismo y comente y proponga alternativas según su experiencia, para que de todas esas experiencias se logre un poco de verdad al respecto.

Así pues, considero justo mencionar que al igual que mucha gente que está en busca de “verdades, soluciones y remedios” al igual que yo, lo importante es la transmisión de los hallazgos para que en conjunto se logre una “verdad, solución y hallazgo” unificado y de mayores alcances, y ser participes de proyectos sólidos. Tal como lo que pretende la S.E.P., con la reforma educativa, esto como un ejemplo de muchos, en el que participan instituciones privadas como “Ven Conmigo” y algunos profesionales españoles, especialistas en la materia.

Por otro lado, ¿que responsabilidad compete a mi disciplina? Hablando del papel del psicólogo, el cual considero es de suma importancia, sin desmerecer a las demás disciplinas que intervienen. Debe ser de compromiso pleno, en investigación, observación análisis. Funciones que son la base de la psicología, disciplina a la que pertenezco como profesional.

Aquí cabe mencionar que aunado al compromiso que adquiero de documentarme más, para entender mejor al Autismo, me queda pendiente la revisión, estudio y análisis del ámbito Psicoanalítico, que a decir verdad tiene mucho más que mostrar, que lo expuesto por mi. Reconozco, mi carencia de conocimiento al respecto y acepto el compromiso por documentarme, ya que esto me servirá para continuar mi labor como Psicóloga de Autistas, y me permitirá, proporcionarles mayor apoyo desde mi perspectiva y una visión más completa de su situación.

Por último, es importante mencionar que el tener un panorama general y una visión crítica y abierta a novedades facilitará que el psicólogo contribuya a la prosperidad no solo del Autismo sino de la salud mental en general.

Recuerdo lo que la Señora Bayotas (presidenta de la Sociedad Mundial de Autismo), me comentó cuando le pregunté, ¿Qué consideraba que le faltaba a mi país para lograr que mejorara la atención al Autismo? Ella me dijo: “dejar el egoísmo a un lado y pensar que todo lo imposible se puede lograr. Pensar que todo habitante tiene derecho a una vida digna y con garantías institucionales”. Honestamente me sonó a un “speech” bastante utópico e idealista, pero comprobé que tiene un tanto de verdad, ella es madre de una persona Autista, es española y está en lucha constante en pro del Autismo, ella asistió al coloquio de investigación del 2005, referente a la inclusión de las personas con Necesidades Educativas Especiales (N.E.E.) y comprobé que no solo los profesionales de la salud mental estamos involucrados en ellos y además de la sociedad mexicana en México, también la sociedad española, cubana y de cualquier país, en nuestro país y en donde se requiera de su experiencia, ella como otros tantos que están involucrados para aportar sus conocimientos en beneficio de las personas con N.E.E.

Falta mucho por hacer y más por encontrar, esto es solo un pequeño aporte a la necesidad tan enorme de entender a la salud mental y al Autismo y creo que sólo viviéndolo se puede lograr, no es necesario componer, ni curar lo que no esta descompuesto o enfermo, solo es cuestión de vivir para entender. Y termino con una cita que para mi ilustra en mucho al Autismo.

“El principal problema que caracteriza el pensamiento de individuos con Autismo es la incapacidad para dar significado a sus experiencias.

Ellos sacan relaciones entre ideas o eventos. Su mundo consiste en una serie de demandas y experiencias, sin relación, mientras que los temas subordinados, conceptos, razones o principios son típicamente confusos para ellos”.

Mesibov

BIBLIOGRAFÍA

- Sousa M. y Machorro. *La Salud y la Educación en Salud mental*
México, H. Psiquiátrico Fray Bernardino A. 1995
- Frith U. *Autismo hacia una explicación del enigma.*
Madrid, Alianza, 1991
- Wing L. *Early childhood autism: clinical, educacional and social aspect.*
Ed. By Lorna Wing. Oxford, Pergamon prees 1976
- Calderón N. *Testimonio del trabajo en la operación Castañeda*
Psiquis (México), Vol. 4, núm. 3, 1995
- Diez M..., De los Santos. *Conceptualizaciones infantiles sobre el proceso de Salud y Enfermedad.*
Índice de la Revista salud Mental
Salud Mental. Vol. 15 (2): 37-43, Junio 1992
- De Gortari- Gorostiza y Cols. *Costos de operación de Hospitales Psiquiátricos de la secretaria de salud en el Distrito Federal.* Salud Pública de México; Nov. – Dic. 1993. Vol. 35, No. 6
- Rodríguez R. *Urge reestructurar 20 Psiquiátricos: S. S. A.*
El Universal, Agosto, 2004
- CONACULTA. *Las locas y dementes del porfiriato. Ciudad de México*, 4 de junio. Estudian demencia femenina en el Seminario Permanente de Salud y Enfermedad de la DEH – INAH.
El Universal On Line; Abril 2002
- Álvarez y Cols. *Historia de la salubridad y de la asistencia en México.*
“FALTAN DATOS DE LA BIBLIOGRAFÍA “
- Mena I. *NeuroSPECT en Psiquiatría infantil*
Universidad de California, Los Ángeles, USA 3 (12) July, 2001
- Diagnostico Situacional Capitulo IV; *Problemas en la Atención a los Trastornos de Salud Mental.*
www.salud.gob.mx/conadic/pasm_cap4.pdf.
- Programa de Acción en Salud Mental. *Modelo Hidalgo de Atención en salud Mental.*
Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial, SEP.
2000 -2001
- Calderón G. *La Práctica de la Neurología Pediátrica en México I*
Neurología- Neurocirugía- Psiquiatría 1993; 23: 31-37
- De la Fuente M. *Psicología Médica*
Fondo de Cultura Económica, México. 1978

Programa de Acción en Salud Mental en México primera parte. *Análisis de la problemática de la salud mental en México, primera parte.*
www.salud.gob.mx/cdi/benetic.htm/.

Baquedano G. *Graves irregularidades en la atención en el Hospital psiquiátrico "Yucatán"*

La Revista Peninsular, Edición 450; Junio 1998, Yucatán México.

- Ajuruaguerra. *Manual de Psiquiatría Infantil*;
Ed. Tora y Masson, España. 1983
- Bleichmar, N. *El Psicoanálisis después de Freud.*
Ed. Eleia Ed. México, 1989
- Brauner y Brauner. *Vivir con un niño Autístico*;
Paidós, Barcelona.1981
- Cepeda I. *Descripción Teórico Metodológica de la aproximación conductual y neurológica en el estudio del Autismo.*
Iztacala, 1985
- Calderón N. Psiquis, *Testimonio de trabajo en la operación Castañeda*
México, Vol. 4, Num. 3, 1995
- Cashdan S. *Psicología de la conducta anormal.*
Printice Hall International España, 1973
- Coleman, *The Biology of the autistic syndrome.*
2a. Ed. New York. 1979
- Davison G. C. *Psicología anormal.*
Ed. Trillas, México. 1966
- DSM IV. *Manual de Diagnóstico.*
Mexico.1990
- Eisenberg. *The autistic child by J. Newton Kugel mass journal of autism and childhood*
Vol.1 No.1. 1971
- Escotto M. *El autismo infantil. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico y tratamiento.*
Gaceta medica de México. Vol. 127; No. 6 Nov.-Dic. 1991

- Escandon Minutti. *La educación especial y la integración educativa en México; dirección de innovación educativa. Subsecretaría de educación básica.*
México. 2005
- Freedman, Kaplan y Sadook. 1961
- Garanto A. *Autismo. Aproximación nosográfico-descriptiva y apuntes psicológicos*
Barcelona, Herder 1984
- Garanto A. *Epidemiología de la psicosis y autismo*
Salamanca; Amaru 1994
- Hamblin, Buckholdt, Ferritor, Kozlof y Blackwell *Los procesos de Humanización*
Barcelona, Fontanela. 1976
- Lorna W. *La educación del niño autista: guía para padres y maestros,*
Paidós 1ª. Reimpresión. 1978
- Lorna W. *La educación del niño autista: guía para padres y maestros,*
Paidós 2ª. Reimpresión. 1981
-
- López M. *Historia e Impacto de la Psiquiatría Infantil Institucional;*
Índice de la revista de Salud Mental. Salud Mental. Vol. 15 (3): 36-41, Sept.
1992
- Makita. *Contemporary concept of autism and autism infantil.*
Vol. 41. 1974
- Paluszny M. *Autismo: guía práctica para padres y profesionales.*
México, Trillas. 1987
- Polano. *Introducción al estudio científico del autismo infantil.*
Alambra. 1982
- Postel y Quetel. *Nueva historia de la psiquiatría. México.*
Fondo de Cultura Económica. 2000
- Rivera A. *Aprender a mirar el discurso sobre el autismo. Trabajo de grado para optar por el título de antropología.*
Universidad Nacional de Colombia. 2003
- Sarason. *Psicología anormal, los problemas de conducta desadaptada.*
Trillas. 1980
- Somolinos D' Andois. *Historia de la psiquiatría en México,*
SEP. 1976

- S.S.A. *una reseña histórica de la psiquiatría en México, manual*.
Ed. Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” XXX aniversario; Mayo 1997
- Tustin F. *Autismo y psicosis infantil*.
Paidós. 1984
- Tustin F. *estados autísticos en niños*.
Ed. Paidós y Psiquiatría, Psicología y Psicósomática. Ed. Paidós. 1985
- Tustin F. *autismo y Psicosis infantil*.
Paidós. 1980
- Taylor y Bogda. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*.
México, Paidós. Cap. 6. 1996

- www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra
- www.salud.gob.mx
- www.salud.gob.mx/unidades/conadic/prog_psicoinf_cap1.htm
- www.psiquiatria.com/enlaces/652
- www.autismo_congress.net/argumento1b.htm
- www.salud.gob.mx/unidades/conadic/prog_psicoinf_cap1.htm
- www.eluniversalonline.org.mx
- www.hpjnnavarro@hotmail.com
- www.pag_ssa.gob.mx