

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA**

**EL AUTISMO INFANTIL, UN ENFOQUE
PSICOSOCIAL**

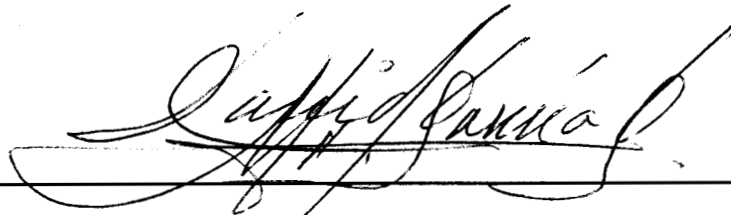
TESINA QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
PSICOLOGÍA SOCIAL

PRESENTAN:

DE LEÓN PANTOJA GLORIA GABRIELA
AVALOS PICÓN ESPERANZA
CALIXTO SÁNCHEZ ALEJANDRA

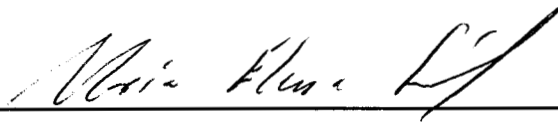
MEXICO, D.F. DICIEMBRE DE 1993

DIRECTOR DE INVESTIGACION



PROF. DAVID MIGUEL GARCÍA GUZMÁN

ASESOR DE INVESTIGACION



PROF. MA. ELENA SÁNCHEZ AZUARA

LECTOR

PROF. JAIME PEÑA

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo muy especialmente a mi madre, Gloria porque de ella aprendí lo más importante: Amor y entrega a los demás y sobre todo a luchar con valor en la vida. Aunque ya no esté aquí, sigue presente.

A mi esposo, Fernando de quien siempre he recibido amor y apoyo incondicionales.

A mi hija, Gloria Sofía por ayudarme a valorar el sentido de la vida.

A mis hermanos, José Antonio, Gloria Mariana y Rodrigo Antonio porque gracias a su cariño me han impulsado a seguir adelante.

A mi Maestra Maria Elena porque de ella recibí conocimientos fundamentales para mi profesión.

A mis amigos: Ramón Segoviano, Juan Carlos Ledesma, Ma. Soledad Solórzano, Lilita Galván, Esperanza Ávalos, Pedro y Maribel Lama y Erika Pérez

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA	5
MÉTODO.....	7
TÉCNICA	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS	11
JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE INVESTIGAR SOBRE EL AUTISMO INFANTIL.....	12
CAPITULO I. EL AUTISMO INFANTIL. EL MODELO CLÍNICO.....	14
DIAGNOSTICO	19
MODALIDADES TERAPÉUTICAS INSTITUCIONALES.....	25
CITAS	28
CAPITULO II. EL AUTISMO INFANTIL Y LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	29
CAPITULO III. ENFOQUE PSICOSOCIAL DEL AUTISMO.....	42
CITAS	55
CAPITULO IV. ANÁLISIS CRITICO.....	56
LA FAMILIA.....	69

BIBLIOGRAFÍA	95
ANEXO 1.....	98
INDICE ALFABETICO.....	133

INTRODUCCIÓN

El estudio del Autismo Infantil ha sido hasta nuestros días objeto de investigación y de discusión con el propósito de encontrar una explicación causal así como un factor de tipo orgánico que muestre de alguna manera el porqué de su aparición en la población infantil.

En la búsqueda incesante para encontrar una respuesta satisfactoria al Autismo Infantil, la Psiquiatría en México pretende encontrar que la génesis de dicho problema es orgánica, sin considerar de ninguna forma las determinantes psicosociales.

Ante esta respuesta determinista y hermética por parte de la Psiquiatría, el presente trabajo de investigación aborda el estudio del Autismo Infantil desde otra perspectiva teórica, es decir, analizando las concepciones dominantes sobre ésta problemática, criticando dicha respuesta, para dar paso a una nueva visión que toma integralmente al grupo familiar considerándolo parte fundamental de la etiología del problema, siendo el niño autista el emergente de una determinada situación que evidencia contradicciones psicosociales subyacentes en el núcleo familiar. La línea de la investigación que seguirá el trabajo será dialéctica, retomando algunas categorías conceptuales de las Teorías Psicoanalíticas que nos permiten explicar desde su origen dichas contradicciones.

Se ha cuestionado sobre si la Psicología Social puede estudiar un tema como el Autismo Infantil, el cual es considerado dentro del ámbito de las disciplinas clínicas. En respuesta a esto sostenemos que la Psicología Social

abarca un campo de estudio bastante amplio, pero se le ha encasillado en una mera descripción de fenómenos de masa, siendo que la Psicología Social también analiza otros aspectos de la realidad considerado como especificidad de otras ciencias, limitando así su campo, cuando parafraseando a Freud "La Psicología es siempre y desde un principio Psicología Social, en un sentido amplio pero plenamente justificado".

De esta forma, queremos que el presente trabajo proporcione al lector otra panorámica que le permita tener una visión diferente del Autismo Infantil y a su vez pueda entender cual es nuestra postura al respecto. Para lograr este objetivo hemos organizado la presentación de nuestro trabajo de investigación en cuatro capítulos cuyas temáticas son:

En el capítulo I presentamos la concepción que tiene el modelo clínico del Autismo Infantil. Se define la sintomatología que caracteriza tal padecimiento así como la conceptualización que hacen de él. Para entender estos lineamientos, incluimos los fundamentos teóricos en los cuales se enmarca la clínica así como sus orígenes históricos.

En el capítulo II se presenta a la Institución Psiquiátrica en México, desde sus orígenes históricos para poder pasar posteriormente a analizar la Institución Pública que se dedica al estudio y atención de niños autistas en México y la cual consideramos que es representativa en este campo, el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

El capítulo III, constituye la elaboración teórica básica de nuestra investigación sobre el Autismo Infantil. Es aquí donde retomamos los conceptos psicoanalíticos que a nuestra forma de ver nos darán claridad, en

la conceptualización teórica del problema, tanto de su sintomatología así como de su génesis psicosocial.

Los autores que estudiamos incluyen a Melanie Klein, Margaret Mahler, Pichón Rivière y Françoise Doltó. Los desarrollos teóricos de éstos autores nos dan la base para conceptualizar de inicio la Psicosis Infantil, y por lo tanto el Autismo.

El capítulo IV constituye nuestro análisis crítico en el cual retomamos lo expuesto en los anteriores capítulos, confrontando las observaciones que realizamos en el Hospital, las entrevistas realizadas con autoridades de éste, y fundamentalmente el análisis de un expediente clínico de un niño autista que acude al Hospital Psiquiátrico Infantil, constituyendo todo lo anterior la base real para el desarrollo de nuestra propuesta.

Otro aspecto importante que analizamos es el rol del psicólogo como profesional de la salud mental cuestionando su participación al interior de las instituciones que visitamos y con ello poner de manifiesto como el desempeño del psicólogo es mínimo sin comprometerse verdaderamente en la problemática del niño autista.

Posterior a éste análisis y a manera de conclusión en base a los puntos tocados en el análisis crítico proponemos nuestra alternativa de intervención en el tratamiento del niño autista, apoyándonos para esto en el planteamiento del Dr. Michelle Zappella, Psiquiatra Italiano, el cual desde su enfoque Sistémico ha logrado grandes avances en el tratamiento del Autismo Infantil.

Para finalizar, se incluye un apartado de anexos, el cual contiene el Diario de Campo con las visitas realizadas al Hospital Psiquiátrico Infantil y al Centro de Autismo de la SEP.

METODOLOGÍA

Nuestro objeto de estudio, que es el Autismo Infantil lo consideramos dentro de las alteraciones del desarrollo como una Psicosis infantil, es decir, apoyándonos en la Teoría Psicoanalítica Freudiana, la cual la conceptualiza como el conflicto severo entre el Yo y el mundo externo.

Es importante señalar que Freud plantea la premisa inicial de que la Psicosis es un fracaso de la función del Yo en la que la fantasía es el principal acervo para la construcción del mundo interior.

Partiendo de lo anterior, consideramos al Autismo infantil como una Psicosis, es decir, entendido como un mecanismo desarrollado ante una realidad amenazante, en donde el mecanismo prevaleciente es la regresión a etapas neonatales que le proporcionan mayor seguridad a su escaso desarrollo del Yo. Para poder explicar esto desde un enfoque psicosocial, nos apoyamos en Pichón Rivière quien nos habla de la Psicosis como un proceso vinculado estrechamente a la realidad y que tuvo como inicio una situación vivencial patogénica. El ser humano siempre se desarrolla y crece en medio de relaciones humanas en una organización social cuyo núcleo es la familia de la cual surge como emergente el enfermo mental.

Esta emergencia debe ser considerada desde un enfoque psicosocial en el que se tomen en cuenta las relaciones del enfermo con otros miembros del grupo familiar.

También se analizó el problema del Autismo Infantil y su relación con la Institución Psiquiátrica, el concepto que ésta tiene de la alteración y de su tratamiento, así como también, el lugar que toma la familia dentro de este enfoque.

MÉTODO

El método que se siguió para investigar el Autismo Infantil fue El Histórico-Dialéctico, dado que lo consideramos el más adecuado por la complejidad del problema que es irreductible a una sola causa específica. En el Autismo subyacen factores multicausales, es decir, que todos los factores que determinan el problema son por igual importantes en la explicación y análisis de nuestro objeto de investigación. También se consideró éste método para abordar el Autismo Infantil porque toma en cuenta la totalidad social en que está inmerso.

En el acercamiento a nuestro objeto de investigación, hemos considerado varias teorías que desde nuestro punto de vista nos dan una aproximación más real de análisis del problema en su contexto. Estudiamos fundamentalmente las Teorías Psicoanalíticas y de Sistemas, de las cuales se retornaron los conceptos básicos que a nuestro juicio nos permitieron conceptualizar teóricamente el problema del Autismo Infantil, lo cual contrastamos en un segundo momento con la realidad dando lugar a un análisis y a una conceptualización propia.

TÉCNICA

En lo referente a este punto, dados los límites y las dificultades con las que nos hemos encontrado para acercarnos a nuestro objeto de investigación: trámites burocráticos, hermetismo y elitismo del Hospital Psiquiátrico infantil, etc. Nos vimos obligadas a reducir nuestros objetivos y técnicas de investigación utilizando únicamente la Observación y Diario de Campo.

En un inicio nuestro interés primordial era estudiar el Autismo al interior de la Dinámica Familiar, pero al toparnos con la problemática ya mencionada, nuestros objetivos se vieron matizados por un nuevo interés: El estudio de la Institución Psiquiátrica y el enfoque que da al Autismo, así como el significado que da a la familia.

Como ya mencionamos, nuestras técnicas serán la Observación y el Diario de Campo.

La Observación se llevará a cabo dentro del Hospital de Día ,del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" con el grupo de Niños Autistas.

Nuestra guía de observación contendrá los siguientes puntos:

- 1) El comportamiento típico del niño autista.
- 2) Diagnóstico y Pronóstico dado por la Institución.

3) Relación Paciente-Terapeuta.

4) Relación Terapeuta-Familia.

5) La dinámica y contenido de las terapias.

6) Manejo Institucional del problema.

7) Evaluación del desarrollo alcanzado contrastando terapias y pronósticos.

Con base a los puntos anteriores, nuestro trabajo pretende alcanzar un nivel de análisis que nos permita una conceptualización propia del Autismo y su contexto.

Es importante señalar que en un principio la técnica iba encaminada a ser una Observación Participante, pero las autoridades del Hospital, argumentando la poca experiencia en el manejo de éstos niños y el límite de tiempo, nos permitió Únicamente la Observación Directa.

Con lo que respecta al Diario de Campo, éste comprendió el número de visitas realizadas a la Institución desde los trámites burocráticos hasta la Observación propiamente dicha.

Realizamos también el análisis de algunos casos clínicos, mediante la revisión de expedientes, así como algunas entrevistas con autoridades del Hospital.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación de la aparición del fenómeno del Autismo Infantil con la Dinámica Familiar?

¿Cuál es el Enfoque Institucional que se le da actualmente al Autismo Infantil?

OBJETIVOS

- 1) Conocer y observar las manifestaciones típicas del niño Autista.

- 2) Análisis de las manifestaciones autísticas, desde un enfoque psicosocial.

- 3) Analizar el papel desempeñado por la Institución de Salud Mental y el Psicólogo en la Dialéctica del problema.

JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE INVESTIGAR SOBRE EL AUTISMO INFANTIL

El interés de investigar sobre el Autismo Infantil nos surgió a raíz de una visita al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", llamándonos la atención el mutismo en el que se encontraban sumidos los niños que padecían éste Síndrome lo que nos motivó a querer saber como se llevaba a cabo su atención y tratamiento. Empezamos a darnos cuenta de lo reduccionista que era la concepción de este problema, esto nos llevo a cuestionarnos sobre si nuestra disciplina, la Psicología Social, podría abordar de una forma diferente ésta problemática, dando posibilidad de una comprensión más amplia que permitiera una intervención diferente.

Así, consideramos relevante el tema del Autismo Infantil por que como toda alteración de la conducta pensamos que se encuentra inmersa en una dialéctica de las relaciones sociales, cuya complejidad responde a toda una estructura social.

A nosotros como Científicos Sociales nos incumbe dilucidar la multicausalidad del problema para así poder proponer posibles alternativas de intervención, considerando precisamente la dialéctica del problema: Niño, Familia e Institución.

Es así como consideramos este tema de vital importancia para el campo de la Psicología Social en el ámbito de la Salud Mental, ya que trataremos de hacer un análisis diferente a los realizados hasta ahora por las

disciplinas clínicas: Psicología y Psiquiatría, tratando de dar un aporte mas al conocimiento de éste problema desde un enfoque diferente proporcionado por la Psicología Social.

CAPITULO I

EL AUTISMO INFANTIL. EL MODELO CLÍNICO

El Autismo Infantil, como alteración del desarrollo fue estudiado y concebido como una Nosología particular por la Psiquiatría y la Psicología Clínica, por lo que es de vital importancia la revisión de dichos conceptos para lograr definir lo que es nuestro problema de investigación, el Autismo Infantil.

Como primera instancia en este apartado consideramos primordial el explicar el modelo clínico y su fundamento. Dicha fundamentación científica se encuentra en los supuestos del Positivismo, siendo importante señalar la relación de éste con las dos corrientes filosóficas más importantes en la historia del pensamiento universal: el Idealismo y el Materialismo. En su afán de explicación del mundo que le rodea, el hombre desarrolla diversas categorías de pensamiento, las cuales van conformando ambas corrientes, una el Idealismo da como primera premisa la conciencia, es decir, lo que yo no conozco, no existe, por el contrario, el Materialismo da la premisa de que las cosas existen independientemente de que yo las conozca o no.

Así, en el desarrollo de la ciencia y precisamente en el seno idealista, evoluciona una forma de abordar la realidad: la Ciencia Positiva (1), cuyos supuestos básicos pretenden establecer que toda disciplina científica para ser considerada como tal debe ser objetiva, es decir, basarse

únicamente en hechos observables y comprobables (solo existe lo que se conoce, como manifestación empírica), así, uno de sus principios metodológicos es la observación estableciendo relaciones causales y con ello, un rango de medición, teniendo como objetivo la predicción.

Dicho Modelo Positivista tiene su mayor auge en las Ciencias Naturales y su filosofía impregna decisivamente a la Medicina, desarrollándose un nuevo enfoque de los fenómenos: La Clínica que según palabras de Michel Foucault, aparecería para la experiencia del médico como un nuevo perfil de lo perceptible y de lo enunciable basada en nuevas distribuciones del saber médico: Localización de órganos enfermos, reorganización de los fenómenos patológicos, linealidad en las causas de muerte y sobre todo la articulación de la enfermedad en el organismo, es decir la lógica a seguir con base a un cuadro nosológico. Así, la aparición de la Clínica, debe identificarse con el sistema de éstas reorganizaciones. En lo empírico, que es la materia prima básica para este modelo, dice Foucault, el cambio en el discurso médico-paciente está materializado en la evolución de las siguientes preguntas de: "¿Qué tiene usted?" (Siglo XVIII, aproximadamente) a "¿Dónde le duele a usted?".

"A partir de ahí, toda la relación del significante con el significado se distribuye de nuevo, y ahora en todos los niveles de la experiencia médica: Entre los síntomas que significan y la enfermedad que se significa, entre la descripción y lo que ella describe, entre el acontecimiento y lo que éste pronostica, entre la lesión y el mal que ella señala, etc." (2)

Como señalamos en un principio la primera definición del problema que nos ocupa, el Autismo Infantil, fue dada dentro del campo psiquiátrico y por ende médico-clínico, así, con este marco de referencia

previo y basándonos en él, analizaremos la definición y la descripción del Síndrome Autístico.

Haciendo un poco de historia, en 1943 Leo Kanner reconoció el Síndrome del Autismo Infantil temprano y de acuerdo con su interpretación se trataba de un trastorno innato para establecer contactos afectivos, de origen psicógeno relacionado con elementos psicofamiliares adversos y que fundamentalmente se caracterizaba por los siguientes síntomas:

- a) Indiferencia.- (síntoma cardinal del autismo) falta de contacto visual, falta de movimientos anticipatorios, respuestas afectivas nulas o incongruentes, aislamiento innato evidente desde los primeros meses de vida.
- b) Trastornos del Lenguaje.- Incapacidad en el uso de la comunicación oral, que puede manifestarse desde la ausencia del lenguaje (chillidos sin aparente propósito) hasta inversión de los pronombres personales, ecolalia y entonación estereotipada.
- c) Movimientos estereotipados y tics.- Deambulación de puntitas, "aleteo" de las manos, balanceos y movimientos repetitivos.
- d) Incapacidad para aceptar los cambios.- Juegos estereotipados y aparentemente faltos de imaginación, dificultad para aceptar cambios en la vida cotidiana.

- e) Crisis emocionales.- Presencia repentina y explosiva de estados de malestar severos acompañados de gritos y llanto, no teniendo, aparentemente, desencadenante externo.

Aunque actualmente la descripción de Kanner sigue siendo de gran utilidad para reconocer el problema, la consideración etiológica de tipo psicodinámico es ya insostenible.

"Ahora se piensa que se trata de una alteración orgánica, probablemente multifactorial que inversamente a lo que se creyó en un inicio, desquicia y afecta a los padres y a la familia por todas las implicaciones que tiene una condición así". (3)

Aunque autores como Bettelheim (1967), Boatman y Szunek (1960) propusieron que el Autismo era el resultado de conflictos intrapsíquicos de interacciones familiares desviadas, la Psiquiatría argumenta que éstas teorías están basadas en observaciones poco claras, clínicamente poco controladas, llevadas a cabo en grupos muy pequeños de niños y aún cuando existieran anomalías en el funcionamiento familiar éstas no necesariamente tendrían que ser la causa primaria del trastorno. Para la Psiquiatría, las Teorías Psicogénicas también fallan en su explicación de las deficiencias cognitivas y comunicativas desde las primeras semanas de vida.

Así, para la Psiquiatría actual, el Autismo Infantil es un síndrome orgánico devastador con anomalías idiosincrásicas en las emociones y en la relación y comunicación con los demás, que se presenta muy precozmente.

También se habla de "Síndromes Autísticos" en lugar de Autismo en general, ya que las manifestaciones clínicas son diversas y no pueden

agruparse en un solo cuadro. Dichos síndromes autísticos son considerados dentro del grupo de las Psicosis Infantiles, entendiendo a la Psicosis como una alteración del pensamiento, que en éste caso es una entidad en evolución que el Autismo como síndrome orgánico trastorna precozmente, dejando como resultado grados diversos de limitación en la autoconciencia (pensamiento) que clínicamente se traducen como indiferencia, síntoma cardinal del Autismo.

DIAGNOSTICO

En lo que respecta al diagnóstico, éste se enmarca generalmente en la concepción de la Psiquiatría actual que lo define como un Síndrome de etiología inespecífica por lo cual afirma:

"El Autismo, como otras condiciones médicas descritas en primera instancia como síndrome se define y diagnostica según ciertos signos y síntomas, más que por una etiología específica, lo cual hace muy complejo el diagnóstico." (4)

Así, para realizar el diagnóstico, se toma como base el ICD-10 y el DSM-III, además de los criterios de Kanner (1943), focalizándolos en tres aspectos fundamentales:

- I.- Dificultades cualitativas en la interacción social recíproca.
- II.- Dificultades cualitativas en la comunicación (verbal y paraverbal)
- III.- Patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados, así como también en los intereses y actividades.

Para los psiquiatras actuales, lo anterior debe acatarse con cautela, ya que es insuficiente y debe complementarse con cuestionarios específicos para los padres, una observación clínica directa y en la medida de lo posible realizar pruebas de ejecución y habilidades, pues para la clínica el diagnóstico está regido por cuadros sintomatológicos y patrones de

comparación entre dichos síntomas, siendo una concepción lineal causa-efecto, se concede gran importancia a la evolución de los síntomas, por lo cual estudia cronológicamente las manifestaciones a lo largo del desarrollo de acuerdo con cortes en las fases consideradas como las más importantes:

1) Embarazo.- Generalmente el embarazo de la madre de un niño autista no difiere del embarazo de la madre de un niño normal, aunque en algunos casos se han comunicado sangrados de la madre o parto prematuro, ninguna parece ser consistente. Sin embargo en algunos estudios (Chess, 1971) se observó que los niños que padecían rubéola congénita mostraban mayor incidencia de Autismo que la población en general.

2) Primera Infancia.- Frecuentemente, los padres de los niños autistas no advierten problemas en el primero o segundo año de vida, pues el bebé parece normal. Después, generalmente antes del tercer año de vida ocurre una regresión en la que el niño pierde todas las habilidades que había adquirido y empiezan a aparecer los síntomas típicos del Autismo, ya mencionados anteriormente.

Se ha observado, en los niños con desarrollo normal, que una de las primeras conductas sociales es la sonrisa. A partir de un mes de edad, los bebés sonríen al ver el rostro de un adulto o ante su voz, estando bien constituida ésta respuesta a los dos meses de edad; en un niño autista la sonrisa no ocurre en respuesta al medio. El bebé normal reacciona con rapidez ante el rostro de su madre, el niño autista rara vez la mira, no estableciendo contacto visual y fallando en la exploración de sus rasgos. Este niño no reacciona con llanto cuando su madre se aleja ni con risas cuando se acerca.

Un niño autista tampoco da muestras de conducta lúdica, ni muestra conducta anticipatoria al ser levantado en brazos. Los juegos que prefieren son aquéllos que los estimulan sensorialmente y no requieren interacción personal como cosquillas, ser lanzados al aire o el "caballito". Puede quedar totalmente absorto por medio de la estimulación de su propio cuerpo al menearse o golpearse contra algo. Los padres van notando poco a poco que su niño no muestra curiosidad ya que no explora su ambiente y prefiere jugar con objetos de manera repetitiva.

Otro punto importante en el desarrollo del bebé es la vocalización, articula sonidos hacia los tres meses de edad y hacia los seis meses el bebé los emplea para comunicarse con los demás, o con sus juguetes. Para el año de edad, además de "mamá" y "papá" empieza a decir y a entender órdenes como "dame" o "adiós". Sin embargo el bebé autista no da señales de éste desarrollo social, no muestra un lenguaje apropiado ni trata de comunicarse (gesticulación o imitación), en sí, el niño parece incapaz de entender o responder al lenguaje, esto generalmente se detecta tarde, ya que el niño puede aprender palabras o frases de manera repetitiva, no existiendo ausencia de lenguaje.

En lo que respecta al desarrollo motor, éste parece ser normal, no habiendo retraso en las señales de dicho desarrollo, aunque a veces se presenta cierta precocidad en el sentarse y en el caminar, y muchas veces los padres consideran que con el tiempo desaparecerán las conductas que presenta su hijo.

Así, en la primera infancia, muchos niños autistas muestran desviaciones en el desarrollo psicosocial y ligeras modificaciones en el desarrollo psicomotor. Sin embargo, es frecuente que éstas diferencias se atribuyan a la inmadurez y es posteriormente cuando los padres se preocupan por dichas señales.

A medida que el niño crece, la falta de relaciones sociales se vuelve cada vez más evidente, ignorando todo lo que pasa a su alrededor a menos que le perturben su mundo autista. El niño puede mostrar falta de respuesta a algunos estímulos con hipersensibilidad a otros. Los movimientos corporales repetitivos (mecerse o golpearse) que estaban ya presentes en la primera infancia, resultan más significativos y empieza a llamar la atención de los padres la falta de reacciones del niño. En lo que respecta al control de esfínteres, no se logra muy fácilmente y es más, generalmente no se logra.

3) Edad Escolar.- A partir de los tres o cuatro años de edad, ya el niño autista representa una gran preocupación para su familia y el médico familiar. Prefieren tener sus cosas siempre en el mismo lugar y ante el menor cambio hace berrinches o presenta angustia extrema.

La comunicación verbal continúa siendo uno de los problemas principales a medida que los niños autistas crecen, pueden mostrar ecolalia repitiendo monólogos largos (como anuncios de T.V. o canciones), pero no pueden emplear este lenguaje para comunicarse ya que no entienden el contenido del mensaje, es decir, aunque existe un lenguaje concreto no existe la comprensión abstracta de él.

A medida que un niño autista crece, las áreas de problema se vuelven aún más conflictivas tanto para él mismo como para la gente que le rodea.

Con base a estas manifestaciones o Sintomatología del Autismo y como ya se mencionó anteriormente, la Psiquiatría lo considera como un Síndrome Orgánico con perturbaciones graves en la relación y comunicación con los demás, que se presenta muy precozmente y trata de diferenciarlo así como de relacionarlo con otras alteraciones del desarrollo. Por ejemplo, difiere de la Esquizofrenia por la ausencia de alucinaciones y por la presencia de crisis psicomotoras en el desarrollo, afectándose más el pensamiento y menos la inteligencia, lo que lo distingue del Retardo Mental asociándose éste síndrome a una causa orgánica comprobada, aunque en la mayoría de los casos los autistas funcionan como si tuvieran retraso mental con un C. I. menor a 70, existiendo a veces "isletas" de habilidades especiales.

El Autismo también se podría confundir con otros trastornos semejantes como el Síndrome de Rett, el de Asperger y la Psicosis Simbiótica, los cuales pueden ser versiones atenuadas del Autismo con una edad de inicio del trastorno más tardía y teniendo un pronóstico distinto. Así, cabe preguntarse si el Autismo Infantil es uno o varios trastornos uniformados por un desarrollo alterado muy semejante.

Las nuevas clasificaciones ya no hablan de la aparición de un Autismo primario, tipo Kanner, sin irregularidades biológicas y un Autismo Secundario, consecutivo a una enfermedad que dejaría un síndrome semiautístico como secuela. Así, en la mayoría de los casos, con el avance de los métodos de investigación se observa que hay alteraciones de dos tipos. Sin embargo, algunas de las investigaciones son muy inespecíficas porque no

cuentan con un buen diagnóstico, incluyendo pacientes de todas las edades no considerando el nivel ni tiempo de evolución del trastorno, dando pie para incluir patologías distintas.

Hay otros estudios que sugieren la relación del Autismo con factores hereditarios, hasta ahora desconocidos, considerando la existencia de varias anomalías cromosómicas asociadas con el cromosoma X frágil (AFRAX), así como la esclerosis tuberosa, disfunciones en el lóbulo temporal y tallo cerebral o bien un aumento en la serotonina y dopamina (neurotransmisores).

MODALIDADES TERAPÉUTICAS INSTITUCIONALES

De lo anterior, se desprende que mientras no se tenga clara la etiología del problema, no se podrá desarrollar el método terapéutico adecuado para su tratamiento:

"Solo se contará con la educación psicopedagógica, y la orientación familiar como remedios principales en la virtud de la imposibilidad de la cura total." (5)

Aproximadamente en los años sesentas estudios como los de Rutter y Lockyer, basados en la medición del C. I. y en evoluciones del lenguaje, hicieron que los expertos volvieran su atención hacia las definiciones cognitivas de éstos niños descartando casi por completo la cura por medicamentos o la psicoterapia individual.

La disfuncionalidad cognitiva general de éstos niños fue diagnosticada al compararlos con patrones de niños normales o subnormales del mismo nivel de desarrollo. Las características descubiertas en procesos de secuencia, abstracción y significado semántico fueron las de respuestas rígidas y estereotipadas a toda una serie de test cognitivos. Así, Rutter en base a lo observado recomienda tratamientos para el desarrollo de la Comunicación Social (desarrollo social y lingüístico) fundamentados en técnicas educacionales que llevaran a mejorar la capacidad de atención. Así, los programas de educación temprana para niños autistas inspirados en técnicas psicoanalíticas regresivas empezaron a ser sustituidas por técnicas

de enseñanza estructurada encaminadas a la transformación de síntomas como la indiferencia, falta de comunicación y contacto visual.

Otro enfoque actual importante en el tratamiento del Autismo es el Conductual, propuesto por Eysenck (1960) y Wolpe (1958).

El procedimiento operante implica el uso de principios derivados de la Teoría del Aprendizaje, un análisis funcional de la conducta, identificando e incrementando situaciones que favorecen una conducta deseable, disminuyendo las conductas indeseables.

Las recompensas y otras formas de incentivos son usadas para incrementar conductas apropiadas existentes, mientras procedimientos como la retirada de atención hacia con el niño son utilizados para reducir la mala adaptación o conductas perjudiciales.

Es importante señalar que ambos enfoques se ven limitados por el desconocimiento de la etiología, pues dirigen su atención fundamentalmente hacia uno de los síntomas más característicos del Autismo la indiferencia, aprovechando que generalmente los niños que padecen Autismo presentan capacidad para obedecer y seguir instrucciones sencillas, así como coordinación motora y memoria adecuadas.

A lo largo de éste capítulo, hemos presentado el análisis que hace la Psiquiatría actual del Autismo infantil, es decir, tanto de sus síntomas y diagnóstico como de su enfoque terapéutico.

En el siguiente apartado se analizará el Marco Institucional en donde desde el enfoque médico se pretende dar un tratamiento al problema

del Autismo Infantil. Esta es en realidad la respuesta que las Instituciones de Salud Mental dan a ésta problemática.

CITAS

- (1) Es importante mencionar que Comte es el fundador del Positivismo, aunque su posición teórica es el materialismo entendido como mecanista y no en un sentido dialéctico.
- (2) Foucault, Michele. El Nacimiento de la Clínica Ed. S.XXI, p. 45.
- (3) Escotto, Jorge. El Autismo Infantil, consideraciones actuales sobre el diagnóstico y tratamiento. Gaceta Médica de México. p. 2.
- (4) Paluzny, M. Autismo. Ed. Trillas, p. 55.
- (5) Escotto, Jorge. Op. cit. p. 5.

CAPITULO II

EL AUTISMO INFANTIL Y LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

Antes de ahondar en la respuesta institucional que se le da al Autismo es necesario explicar brevemente el surgimiento de la Institución Psiquiátrica, tanto en Europa como posteriormente en México, para comprender el modelo que siguen actualmente en el tratamiento del Autismo.

La historia de la atención al enfermo mental es en sí una parte de la historia de la marginación y del encierro. El concepto de Locura siempre ha sido sinónimo de desviación, estando ésta en función de normas y valores culturales institucionalizados, específicos para cada lugar y tiempo históricos determinados.

Puede decirse que la asistencia contemporánea al enfermo mental comienza en el momento en el que el médico toma posesión de las instituciones destinadas a la custodia del "loco", imponiéndole su propia visión y garantizando el encierro. En general en la ciencia, sobre todo en Medicina y Psiquiatría, lo normal es tomado como lo habitual, siendo que normal y habitual es diferente a ideal y óptimo.

Es aproximadamente en el siglo XIX, cuando el médico asume las funciones incuestionables para decir quien está fuera o dentro de la norma convirtiendo de ésta manera en problema médico un problema

fundamentalmente social. La Psiquiatría nace con la intervención del médico en problemas mentales y no del desarrollo de una rama del saber médico ni como consecuencia directa del desarrollo de técnicas diagnósticas.

Los métodos de los que la Psiquiatría se vale para el tratamiento de los enfermos mentales, que le sirven también para reafirmar su posición dentro de la Institución estarán condicionados por la cultura de una época específica, así, la asistencia al enfermo mental se verá notablemente influida por el Positivismo; primeramente por el enfoque organicista de la Escuela Germana, la cual afirmaba que "Las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro" (Griesinger, 1817-1868) que posteriormente fue respaldado por las universidades europeas del siglo XIX, las cuales elevaron el "status" social del médico y de la Psiquiatría, ésta última ligada a hipótesis de trabajo basadas en una realidad pseudo-científica, producto de la deformación institucional de la realidad. Esta deformación se refiere a la fragmentación de la totalidad compleja de la realidad con el fin de estudiarla por partes, para simplificar el proceso de aprehensión de la misma. Esto dio como resultado una forma de ciencia con una visión estrecha y lineal que elimina la dialéctica inherente a la vida del ser humano, así, lo normal se convierte en un simple juicio de apreciación de la vida misma ya que ésta en sí es un actividad normativa y las normas van de acuerdo a condiciones que posibilitan la vida.

Lo normal tiene una raíz etimológica latina que significa escuadra y una raíz fáctica que tiene el significado de regla que impone una exigencia, también se propone como el modo de una posible unificación de la diversidad.

Es importante señalar que los conceptos histórico-filosóficos antes expuestos fundamentan lo que es la ideología institucional dándole sentido a los lineamientos que han persistido hasta ahora en la Institución Psiquiátrica.

En lo que se refiere a la evolución de la Institución de Salud Mental en México, tenemos que la Psiquiatría Clásica nace durante el Gobierno Porfirista, y con ello la primera Institución para enfermos mentales: La Castañeda, cuyos lineamientos reciben influencia de la Psiquiatría Francesa y Alemana. Esta Institución Manicomial responde a las exigencias del enfoque positivista, es decir remitir toda causa de enfermedad mental a lo tangible, a lo orgánico, específicamente en México la Institución Psiquiátrica fue creada con el fin de recluir en ella a todos aquellos diagnosticados como "locos", es decir, una forma de contención de la locura. En dicha Institución se practicaron tratamientos de orden bio-neurológico derivados a su vez de la Taxonomía Psiquiátrica Positivista.

El surgimiento de la Institución Manicomial no se dio de manera casual y aislada, sino que está estrechamente ligada al Estado, es decir, a toda una práctica estatal. De ésta forma el Estado juega un papel primordial en la creación de la Institución Psiquiátrica ya que se convierte en un instrumento más de control, en éste caso de las conductas consideradas como anormales. Es así como se cumple con las necesidades del sistema Político-Institucional por lo que la Psiquiatría practicada en México constituye como se mencionó anteriormente, una práctica institucional que responde a las necesidades de un sistema capitalista imperante en nuestra sociedad mexicana. Teniendo en cuenta que México es un país que presenta contradicciones peculiares como la distribución de los recursos, la disparidad radical entre la capital y la provincia, la composición étnica heterogénea, la

estratificación de las clases sociales, esto aunado a un fuerte desarrollo del nivel económico-tecnológico utilizando ajustes técnico-sociales (muchas veces importados de modelos desarrollados) para resolver las contradicciones creadas por dicho crecimiento.

Las Instituciones y la "Ideología Institucional" intervienen en éste proceso mediante una "Socialización de la Institución" en forma de campañas públicas y de encuestas dirigidas al análisis de los problemas en las grandes ciudades: salud mental, drogadicción, alcoholismo, violencia, etc. Uno de los objetivos principales de esta Ideología Institucional es "Institucionalizar a la sociedad", responsabilizando a los ciudadanos de sus conflictos.

Para Rodríguez Ajenjo (7), la Psiquiatría Mexicana no es tan solo una copia de la Psiquiatría Francesa del siglo XIX ni la vulgarización de los enfoques funcionalistas norteamericanos, sino que se constituye como una práctica estatal cuya utilidad para el sistema es la salud mental de la población, es decir, el establecimiento de normas sobre la Patología. Este establecimiento de normas lleva a toda una Ideología de la Locura que desemboca en una teoría sobre la enfermedad mental tratando de definir a la salud mental como lo que "debe ser" y a la enfermedad como lo que "no debe ser".

La salud mental, la Ideología de la locura, y la enfermedad mental son variadas significaciones de la finalidad capitalista del Estado.

Contemporaneamente, la práctica psiquiátrica mexicana se presenta fundamentalmente en dos versiones: una institucional (organicista, hospitalaria, centrada en el modelo médico-biológico y psicofarmacológico) y otra centrada en explicaciones psicodinámicas (inspirada en las diferentes

corrientes psicoanalíticas). Otro aspecto fundamental de la Psiquiatría en México es que existe una para los pobres (la institucional, en los centros de atención social) y una Psiquiatría para los ricos (la de consultorio con sesiones privadas) aunque no dejan de existir matices entre ambas.

La parte que más nos interesará en éste apartado es la Psiquiatría institucionalizada ya que los grupos de niños autistas a los que se enfocó nuestro estudio son precisamente usuarios de éste tipo de instituciones.

En nuestro trabajo de investigación focalizamos la atención en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" perteneciente a la Secretaría de Salud, específicamente en el Hospital de Día en donde se atiende un grupo de niños autistas.

En éste punto se hablará de la función actual que cumple dicho hospital y la forma en que conceptualiza y enfoca el problema del Autismo Infantil así como de las terapias aplicadas en el desarrollo de su tratamiento.

El Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con una unidad terapéutica para niños y adolescentes la cual en 1981 empezó a recibir a niños que presentaban conductas autistas a quienes se les estudio en forma multidisciplinaria por el equipo de salud mental. Personal del hospital con experiencia en el campo de la salud mental, en forma conjunta con los padres de familia, fundaron la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo; también se diseñó un plan terapéutico en base a las necesidades de dichos niños, con los siguientes objetivos:

- 1) Dar tratamiento a menores de escasos recursos que padezcan: Autismo, Psicosis o cualquier Trastorno del Desarrollo.

- 2) Orientar a los padres de dichos menores.
- 3) Obtener fondos para el sostenimiento de las terapias.
- 4) Y apoyo al estudio e investigación de los trastornos mencionados.

En 1986 ésta Asociación dio su apoyo económico para remodelar el Hospital de Día creándose uno nuevo en abril de 1988 con atención matutina y vespertina para éstos niños.

A continuación, expondremos la concepción de Enfermedad Mental para la Institución antes mencionada.

La enfermedad mental definida como Psicosis se concibe como una alteración del pensamiento, la inteligencia y el lenguaje, mediante la cual se juzga a la realidad como mayoritariamente falsa (delirios) y pueden percibirse también falsamente objetos inexistentes o desfigurados (alucinaciones, ilusiones).

En lo que respecta a la Psicosis Infantil es primordial señalar que se diferencia de la Psicosis del Adulto en la base misma del pensamiento, es decir, ésta es apenas una entidad en desarrollo.

En el desarrollo infantil, la inteligencia y el pensamiento tienen variaciones dentro de un mismo proceso, en el cual se construye la realidad la que, dentro de los parámetros de la especie, mejora, se enriquece y se especializa paulatinamente (evoluciona).

La Psicosis Infantil es una afección patológica que afecta precozmente dicho proceso. De ésta manera, aunque la inteligencia trabaje en actividades de ejecución el resto de la actividad mental se muestra como si estuviera vacía o muy precaria en

representaciones emocionales y sensoriales, semánticamente hablando. Entre mayor sea la edad de inicio del trastorno menor será el daño, en otros términos: inteligencia y pensamiento parte de un todo, no son sinónimos y su labor aunque mutuamente relacionada no es la misma.

Así, la inteligencia debe ser entendida como una consciencia permanente y continua que norma y forma todas las percepciones y los cambios que se producen en el comportamiento del sujeto como consecuencia de la interacción de éste con el mundo interior y exterior. En éste mismo sentido el pensamiento humano es una actividad regulada también por la inteligencia, que da significado a los hechos, éstos significados son las emociones y los afectos unidos a la historia individual que se inicia poco a poco desde el nacimiento y que produce gradualmente mismidad e identidad. Así, el pensamiento es autoconciencia.

De acuerdo con lo anterior los Síndromes Autísticos considerados dentro del grupo de las Psicosis Infantiles, trastornan el pensamiento precozmente, esto es, en estados incipientes del desarrollo y dejan como resultado grados diversos de limitación en la autoconciencia que clínicamente se traduce como indiferencia, síntoma cardinal del Autismo. Esto es fundamental ya que cada una de las variantes del cuadro está relacionada con ésta condición.

En base a la condición de Autismo antes expuesta, el Hospital de Día ha creado para el tratamiento de dicho síndrome, diversas terapias y para esto cuenta con las siguientes estructuras:

1) Un local, en donde se imparten las terapias, un salón de usos múltiples, comedor y cuarto de descanso, así como jardines y un patio en donde se cuenta con arenero y chapoteadero.

2) Un equipo multidisciplinario que les imparte las distintas terapias, coordinado por el médico psiquiatra.

El trabajo se organiza a partir de la estructura de un horario de terapias de todo el día, incluyendo el tomar alimentos como parte de las actividades.

Los Objetivos Generales son:

- 1) Dar servicio de diagnóstico y tratamiento a los niños.
- 2) Orientación a los padres
- 3) Sesiones Bibliográficas y de casos clínicos
- 4) Intercambio con otras instituciones
- 5) Capacitación de profesionales en salud mental
- 6) Investigación

Las terapias que se imparten en el Hospital de Día tienen como finalidad que el niño se sienta aceptado y comprendido, para esto se procura que el ambiente sea amable para los niños, hay un especial cuidado de que la terapeuta establezca un contacto físico con él, de modo que al verla constantemente y teniéndola cerca por un lapso de 45 minutos que es la duración de la terapia, su persona le vaya siendo familiar, es decir, el desarrollo de un maternaje.

Los recursos humanos con los que cuenta el hospital para impartir las terapias en el turno matutino son variables ya que además de tener un pequeño grupo de terapeutas para terapia ambiental y psicomotricidad que se imparten dos veces por semana, se cuenta con un grupo de pasantes del Instituto Superior de Neurología Lingüística y del Instituto Superior de Enseñanza Especial para la terapia del lenguaje que cumplen su servicio social, y por lo tanto su estancia en el hospital es temporal.

Por la tarde se imparten las siguientes terapias: Lenguaje, Terapia Ambiental y Socialización. También se imparten terapias de Psicomotricidad al aire libre impartidas por maestras pasantes en Educación Especial. Las enfermeras participan como apoyo a éstas terapias.

Respecto a la Terapia Ambiental se contempla que las sesiones sean de 45 minutos en terapia de atención individual, pero generalmente una terapeuta atiende 2 o 3 niños al mismo tiempo.

Se pretende trabajar dos áreas: la emocional-social y la cognoscitiva, ésta última pretende abarcar: sensorio percepciones visuales, auditivas, táctiles, olfativas, gustativas, kinestésicas, cenestésicas, estereognósticas y lo que se llama funciones mentales superiores como son: atención, memoria, asociación por semejanzas y diferencias, opuestos, formación de conceptos, solución de problemas e imaginación constructiva.

Cada niño, según su capacidad o nivel de avance, realiza diferentes actividades: armado de rompecabezas, juegos como memorama, tableros para acomodar fichas iguales o figuras impresas en él, tableros

calados para acomodar pijas de colores, etc. Los avances se logran a base de mucha repetición.

La enfermera forma una parte muy importante del equipo, ya que pasa la mayor parte del tiempo con los niños, haciéndola indispensable. Sus actividades comienzan desde que recibe a los niños en el hospital, éstos son llevados por sus padres con una muda de ropa y medicamento si es que lo necesitan. Las enfermeras los asean si lo ameritan y los llevan a cada una de sus terapias en el horario que les corresponde. Los asisten en el desayuno y la comida ayudando a comer a los que no lo hacen por sí solos, les sirven a todos los niños y les enseñan hábitos como permanecer sentados, comer con cubiertos, no ensuciarse, etc.

Después de desayunar o comer los llevan a lavarse las manos, los dientes y al baño. Después de las terapias los llevan a jugar al jardín. Asisten a las terapeutas como coterapeutas en psicomotricidad y protegen las manos de los niños cuando se autoagreden.

En lo que respecta a la terapia del lenguaje el objetivo es la utilización y desarrollo de algún canal de comunicación que el niño posibilite espontáneamente para dar lugar a incrementar y complementar el proceso de integración del niño autista al medio que le rodea. Entonces, para apoyar dicho objetivo se trata de favorecer la atención con actividades perceptuales como recortar papelitos, para hacer bolitas y pegarlas formando figuras, se trata también su atención auditiva con sonidos, ruidos y voces. Se busca que a través del juego libre y dirigido se estimulen sus habilidades motrices.

Además de éstas actividades se cuenta con actividades cognitivas mediante las cuales se intenta que reconozcan colores, formas, tamaños, posición en el espacio, lateralidad, esquema corporal, etc.

Las actividades que se enfocan al lenguaje tienden a incrementar la comprensión aumentando la cantidad de vocabulario y conceptos lingüísticos con ayuda de láminas, tarjetas y dibujos, además de tratar de propiciar el habla en todas las actividades del día.

Se les brinda también una terapia enfocada al movimiento como es la psicomotricidad donde el niño salta, hace recorridos caminando e intercambiando pelotas, ésta terapia se da con el fin de despertar la sensibilidad de percibirse a sí mismo a la vez de mejorar su equilibrio. Se debe tomar en cuenta que el ejercicio en sí es sólo un medio para estimular otras áreas.

Dados los problemas que el niño presenta en la comprensión del lenguaje, en el Hospital se deduce que el niño tiene problemas de comprensión, entonces no se le pide que haga las cosas, se le ordena y la orden debe ser clara y precisa. Se debe procurar que cada ejercicio sea llevado a cabo hasta el final para evitar experiencias frustrantes. En el Hospital se prevé que el niño tenga un cierto temor al fracaso por lo que se le debe dar seguridad en sus posibilidades de movimiento.

Se debe estimular la expresión de sus emociones a través de movimientos que favorezcan la espontaneidad. Se regula el tiempo de actividades para evitar que los niños se fatiguen y por esto se alternan

períodos de reposo. Por principio la terapeuta debe dar ejemplo de movimiento con su propio cuerpo, respetando las diferencias individuales.

En lo que respecta a la socialización como terapia, se practican actividades de tipo escolar en grupo ayudando al niño en todo momento. Se trabaja con juegos sencillos, rondas infantiles y canciones. Se realizan también, actividades manuales de acuerdo a los días festivos de cada mes incluyendo los cumpleaños de los niños.

En total para realizar éstas actividades, el Hospital cuenta con los siguientes recursos humanos:

- Un médico psiquiatra que recibe los casos en consulta externa y realiza las historias clínicas.
- Cuatro terapeutas en terapia ambiental, atienden cuatro niños diariamente, la atención debe ser personal de una hora a cuarenta y cinco minutos.
- Dos enfermeras con horarios matutinos quienes a las dos de la tarde son relevadas por terapeutas del turno vespertino. Las terapeutas de lenguaje dan terapia de veinte a veintiún niños que asisten al Hospital y todas ellas son pasantes como ya los habíamos mencionado.
- Una psicomotricista que asiste dos veces a la semana tres horas al día.
- Una trabajadora social en el turno matutino.

En general éste es un panorama del abordaje institucional del Autismo Infantil y de sus posibilidades de tratamiento, que según nuestro punto de vista, y como lo expondremos posteriormente adolece de un enfoque

integral, es decir, psicosocial para permitir una mayor comprensión de ésta afección grave.

CAPITULO III

ENFOQUE PSICOSOCIAL DEL AUTISMO

En los capítulos anteriores hicimos referencia al Autismo Infantil, el cual es considerado como un Síndrome por la Psiquiatría actual en México. El objetivo primordial de éste capítulo es el presentar nuestra propia conceptualización del Autismo Infantil, abordando su estudio desde un enfoque psicosocial, en él que trataremos de analizar la pluralidad fenoménica que subyace al Autismo Infantil; para esto nuestro fundamento principal estará dado por la Teoría Psicoanalítica que nos permitirá un análisis más profundo de las determinantes sociales que giran en torno a nuestro objeto de investigación: el Autismo Infantil.

Queremos señalar que a lo largo de éste capítulo fundamentaremos nuestra posición teórica, explicando porqué consideramos a la Teoría Psicoanalítica dentro del Marco Dialéctico y el porqué es una Ciencia Social.

Partiendo de lo anterior y apoyándonos en los planteamientos de Caruso en su obra "Aspectos Sociales del Psicoanálisis" podremos entender que la Dialéctica concibe a la realidad en constante cambio y transformación, por lo que dicha realidad es dinámica y no rígida y estática como la concibe el Positivismo (ya mencionado en el capítulo I). De esta forma, la realidad es un proceso en el cual se da una articulación dinámica entre los diferentes niveles de dicha realidad: histórico, político, económico y social. Caruso también señala que la Dialéctica es una praxis porque se

apoya en el fundamento de que la conciencia modifica el entorno social y a la inversa.

Es aquí donde encontramos el punto principal de articulación entre el Psicoanálisis y el Método Dialéctico ya que el Psicoanálisis no estudia sólo lo manifiesto que es el síntoma, sino precisamente, qué es lo que lo determina, lo latente y no en una forma lineal (positivista causa-efecto) sino analizando la multiplicidad de factores que se encuentran determinando a estos síntomas, en este caso a los síntomas autísticos.

De ésta manera el Psicoanálisis percibe en forma dialéctica la relación entre el hombre y el mundo, desprendiéndose de esto la concepción del Psicoanálisis como una ciencia social, la cual analiza las relaciones sociales recíprocas tomando en cuenta los factores en la historia propia de cada individuo poniendo de manifiesto el sinnúmero de contradicciones que subyacen a la naturaleza humana.

Apoyándonos en estos principios, consideramos al Psicoanálisis como una ciencia social y dialéctica, ya que todo desarrollo individual está necesariamente inmerso en una totalidad social, por lo que no se puede desligar una de la otra. El individuo no existe sin las relaciones sociales y éstas no se darán sin la presencia del hombre, siendo consecuentemente una relación dialéctica. Desde esta postura visualizamos al Autismo Infantil enmarcado en una problemática social, en este caso la dialéctica familiar.

Por todo lo anterior, nosotros concebimos al Psicoanálisis como una ciencia social tal como lo expresó Freud en su obra, "Psicología de las Masas y Análisis del YO":

"En la vida anímica individual, aparece integrado siempre, efectivamente, "el otro", como modelo, objeto, auxiliar o adversario, y de este modo la Psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio Psicología Social, en un sentido amplio pero plenamente justificado..." (1)

De esta forma, nosotros como psicólogos sociales consideramos que nuestra disciplina estudia la dialéctica de la sociedad y por esto pensamos que es nuestra mejor base para estudiar un fenómeno tan complejo como lo es el Autismo Infantil.

Consideramos que para estudiar al niño autista es necesario partir desde su proceso de socialización, ya que consideramos que la base de todo conflicto psíquico encuentra su origen en los primeros lazos efectivos enmarcados a su vez en el proceso de socialización.

Al abordar en la realidad nuestro objeto de investigación, nos percatamos de que el papel fundamental tanto en la comprensión como en el tratamiento del niño autista lo tienen las instituciones de salud mental, de las cuales ya nos ocupamos en el capítulo II, creando toda una ideología que viene a permear la concepción que tiene la familia del padecimiento y aún mas, encontramos que dicha concepción institucional la excluye del tratamiento, razón por la cual no fue posible abordar en forma práctica el estudio de la familia, la cual constituye un aspecto fundamental en el problema del Autismo Infantil, pues es precisamente al interior de las relaciones familiares en donde se manifiestan los conflictos. La familia como grupo social en donde se transmiten ideologías a través del proceso de socialización, lleva a que el individuo interiorice ideas como la aceptación pasiva de un lugar asignado en la sociedad.

Podemos concretar que el proceso de socialización es fundamental en el desarrollo psíquico de cualquier niño, estando su base en la familia, siendo que mediante éste proceso se da la organización de la vida afectiva del individuo. La importancia que adquiere el grupo familiar en el desarrollo psíquico de cada uno de sus miembros, está fundamentado en las identificaciones e introyecciones básicas de las figuras paternas, las cuales van a representar los modelos de comportamiento y valores que al ser introyectados estructuran la personalidad influyendo así en sus relaciones futuras, siendo importante señalar que dicho proceso estará determinado por las contradicciones psicosociales que vive un ser humano.

Por esto concebimos que existe una estrecha relación entre la manifestación de ciertos trastornos psicológicos en el niño y su ambiente familiar, es decir, la salud de la familia está en relación dialéctica con la salud mental y emocional de cada uno de sus miembros.

Y es precisamente aquí donde nosotros pensamos que tienen su etiología los conflictos precoces en el niño, con esto nos queremos referir a la forma en qué éste va viviendo su realidad externa y conformando su estructura psíquica.

Desde una posición dialéctica, Wallon define la complejidad de la entrada de un bebé en el proceso de socialización en la siguiente forma:

"Lo orgánico captará lo social para devenir en psíquico" (2)

En relación con el Autismo Infantil consideramos que éste es un grado extremo de los conflictos precoces, es decir, una psicosis en donde existe una primacía de las fantasías internas del niño sobre su realidad exterior.

La tesis fundamental de nuestro trabajo de investigación es que visualizamos al Autismo como una enfermedad del grupo familiar en donde el niño autista desempeña el rol de emergente o de portavoz de una situación total como lo plantea Pichón Rivière, es decir, el enfermo es el depositario de las ansiedades del grupo familiar. Esta depositación conforma un sistema de tres partes: los depositantes, lo depositado y el depositario que lleva la siguiente estructura dialéctica: el Depositario, se hace cargo de aspectos patológicos de los miembros de la familia convirtiéndose éstos en depositantes; el depositario se convierte en emergente al asumir el rol de aquéllas partes de los otros depositadas en él.

Es importante aclarar que la dinámica anterior subyace a cualquier tipo de patología, no estrictamente a una psicosis, aclarando que ésta es la alternativa extrema a los conflictos familiares. Así, el Autismo Infantil es precisamente una psicosis en la cual el desequilibrio familiar puede llevar al niño al caso extremo de ruptura con la realidad.

Por esto Pichón Rivière piensa que el paciente o emergente es el miembro dinámicamente más fuerte, porque su estructura personal le permite hacerse cargo de la enfermedad mental. El paciente enferma como una manera de preservar al resto de la familia del caos y así el grupo logrará mantener cierto equilibrio y una cierta economía sociodinámica. Es decir, éste caos en el Autismo puede estar dado por el rechazo inconsciente de la madre hacia el niño durante el embarazo y posteriormente en el proceso de socialización del bebé enfatizando que dicho rechazo se vincula estrecha-

mente a la situación socioeconómica y afectiva que rodea a la madre durante el embarazo, lo cual puede llevar al niño a la manifestación de síntomas característicos del Autismo. Aclaramos, sin embargo que ésta hipótesis puede ser sólo uno de la multiplicidad de factores que está determinando ésta patología, sin llegar a una afirmación determinista.

De lo anterior, se desprende el tipo de vínculo que tendrán la madre y el recién nacido, entendiendo por vínculo lo que Pichón Rivière plantea:

"Vínculo es una Gestalt bicorporal y tripersonal" (3)

Este es el sentido en que el vínculo se establece entre la madre y el recién nacido y entre la madre y lo que el bebé le representa y lo que la madre le representa al bebé.

Así, según nuestro punto de vista el estudio del Autismo Infantil implica necesariamente el análisis total de las relaciones familiares, ya que el origen de la psicosis lo relacionamos con la pérdida del equilibrio familiar. Desde ésta posición la psicosis es un proceso dialéctico que tiene que ver con la totalidad del grupo familiar, así, el niño autista es el emergente que nos revela con su aparición que algo pasa en su familia. Es así como el emergente no tiene relación unicausal sino que tiene una relación dialéctica compleja con la estructura que lo determina.

De ésta manera lo importante es iniciar el estudio del mundo interior de éstos niños a quienes el sufrimiento y la incapacidad para expresarlo los tiene en un estado autístico en donde lo trascendente es el

contenido de sus fantasías, que en un primer momento estuvieron determinadas por lo conflictivo de una realidad completamente adversa para él, a su vez determinada por procesos dialécticos psicosociales familiares.

Pero, ¿Cómo se organizan tales fantasías y se vuelven patógenas al grado de llevar al niño a desarrollar una psicosis? Entendemos por ésta la construcción de un mundo interno sustitutivo de la realidad objetiva con la que no se puede llegar a establecer una relación satisfactoria.

Para el estudio del Autismo Infantil, es importante tener en cuenta las posibilidades de enfermedad y salud mental en el recién nacido, las cuales van siempre en relación con su medio ambiente, que en un primer momento se reducen y están representadas sólo por la relación que el recién nacido tiene con su madre y que se traduce en un estado simbiótico total, en donde, y sólo posteriormente entrará el padre como mediador de la realidad, es decir, como el partero de ésta simbiosis.

Según Melanie Klein el bebé recién nacido vive una situación en la que divide un solo objeto en bueno y malo, éste objeto es en ese momento el pecho de la madre, el cual si gratifica le significa algo bueno y si no le significa algo malo. En el momento en que el pecho es percibido como malo, lo percibe como objeto perseguidor; éstos sentimientos carecen de términos medios de tal modo que el pecho bueno lo idealiza como su fuente inextinguible de satisfacción y el pecho malo es considerado como un perseguidor feroz. A éste hecho Melanie Klein le llama fases psicóticas precoces que transcurren sin ningún problema cuando las gratificaciones del objeto bueno (pecho bueno) ocurren en mayor cantidad que las frustraciones del objeto malo.

Es importante tomar en cuenta que el bebé estará siempre en desventaja frente a la realidad, es decir, ésta estará matizada por la ambivalencia: un mismo objeto es a la vez bueno y malo, gratificador y perseguidor, y que en el niño psicótico la introyección básica que se realiza es la del objeto perseguidor, ya que éste le representa la parte más significativa y de la cual percibe mayor continuidad.

Un proceso defensivo "normal" permite el desarrollo integrado del yo, es decir, de la introyección catectizada tanto de la parte mala como de la buena. En el niño autista, el objeto malo será siempre desplazado hacia afuera, hacia la realidad, llevándolo a desarrollar una continua defensa contra esa realidad cargada de ésta manera. Este proceso de defensa queda de manifiesto en uno de los síntomas característicos del Autismo Infantil, que son los movimientos estereotipados los cuales representan un recurso corporal elemental de procesos defensivos que no le proporcionan una total seguridad teniendo que comenzarlos una y otra vez, incesantemente.

Lo principal en un ser humano son los deseos, y cuando desde un principio, un bebé no encuentra satisfacción a sus deseos, entrará en juego el mecanismo que tal vez conlleve consecuencias más patológicas que ninguno: la represión (Anna Freud). Así:

"Todas las represiones se producen en la primera infancia y son medidas de defensa primitivas tomadas por un yo débil e incapaz. Más tarde no habrá nuevas represiones, pero las antiguas subsistirán, y el yo continuará sirviéndose de ellas para controlar los instintos." (4)

Es importante señalar que la represión conlleva sentimientos como el miedo y el coraje, que al manifestarse pueden producir síntomas como la autoagresión que hemos observado en los niños autistas.

En el proceso de desarrollo, el niño estará en constante contacto con manifestaciones de la realidad que sabrá elaborar o no según sus primeras relaciones objetales, así, los cuidados maternos son muy importantes, no sólo la alimentación y la limpieza sino las caricias que favorecen la catectización de las actividades del bebé, lo cual le dará la pauta para iniciar la diferenciación entre el mundo externo y el mundo interno, el cual se va dando según lo plantea Freud, por el deseo (disposición psíquica muy primitiva) caracterizada por la alucinación de la satisfacción, como el recuerdo de un mayor bienestar en el cuerpo lo cual constituirá posteriormente los límites de éste, de aquí que el niño autista no tenga bien claros los límites de su propio cuerpo y busque estimularse continuamente (morderse las manos, golpearse en diferentes partes del cuerpo) para establecer contacto libidinal con su propio cuerpo.

A lo largo de todo éste capítulo, se ha manejado un aspecto fundamental que es la interacción tan estrecha que existe entre la madre y su hijo dando lugar a una relación simbiótica y en la cual nosotras creemos que se encuentran las bases patológicas del Autismo Infantil, Fundamentándonos en la Teoría de la Simbiosis Humana que desarrolló Margaret Mahler, tenemos que las primeras semanas de vida del bebé transcurren en un Autismo normal ya que se encuentra en una desorientación alucinatoria primitiva en donde la satisfacción de sus deseos pertenece a su misma órbita omnipotente autista. Esto significa que forma con la madre una unidad dual dentro de un límite común. En ésta fase, el yo aún no es diferenciado del no-yo, esto crea la ilusión de un límite común entre la madre y el niño. Esta teoría trata de explicar

como se va conformando el yo que por un lado se moldea bajo el impacto de la realidad y por otro, bajo el impacto de los impulsos instintivos.

En la omnipotencia alucinatoria de la fase simbiótica, el pecho o el biberón le pertenece al ser, pero hacia el tercer mes empieza a ser percibido como un objeto parcial, inespecífico, y satisfactor de la necesidad. Para Mahler, la respuesta específica de la sonrisa en la cúspide de la fase simbiótica indica que el niño está respondiendo al compañero simbiótico en una forma diferente con respecto a las demás personas. Es importante señalar que el niño autista al sonreír no lo hace como respuesta a su madre, sino que lo hace indiferenciadamente, lo que nos lleva a pensar que desde éstas tempranas etapas del desarrollo, el niño sigue en la etapa alucinatoria de total pertenencia a la madre.

Mahler se basa en algunos estudios experimentales como el siguiente: (Benjamin, 1961) Alrededor de la tercera o cuarta semanas de vida ocurre una crisis de maduración. De acuerdo con estudios electroencefalográficos se nota un aumento marcado en la capacidad de recibir la estimulación externa, Mahler opina que la barrera del niño contra los estímulos externos (caparazón autista) empieza a ceder, así por medio del cambio de la catexis (puesta en marcha por la madre) hacia la periferia perceptual, ésta empieza a envolver la órbita simbiótica de la unidad dual madre-hijo.

Para Mahler, en la psicosis la relación simbiótica o es distorsionada gravemente o falta, siendo éste el trastorno central, es decir, una deficiencia o un defecto en la utilización intrapsíquica de la madre por parte del niño durante la fase simbiótica y su subsecuente inhabilidad para internalizar la representación del objeto materno. El infante psicótico, en éste caso el niño autista, fracasa en la adquisición en la más temprana vida

extrauterina, de la capacidad de percibir y por tanto, de utilizar al agente materno para mantener su homeostasis, sin poder soltarlo después.

La fase presimbótica autística normal de la unidad madre-hijo da lugar a la fase simbiótica propiamente dicha (del segundo mes en adelante), en donde el bebé con un tipo de percepción Gestalt reconoce una pequeña parte de la realidad externa representada por el seno, la cara y las manos de la madre. Esta conciencia opaca, según Mahler, del " objeto satisfactor de la necesidad ", marca el inicio de la fase de la simbiosis en la cual el infante se comporta y funciona como si él y su madre fueran un sistema omnipotente dentro de un límite común. Esta fase simbiótica es seguida por la llamada fase de separación-individuación, la cual ocurre al paralelo con las funciones yoicas autónomas de la maduración y consolidación.

Para Mahler, el rasgo sobresaliente de la Psicosis Infantil es que la individuación no alcanza un sentido de identidad individual. La formación de la identidad presupone una estructuración del yo en la neutralización de los impulsos, es decir, el compañero simbiótico debe poder servir como un muelle en contra de los estímulos internos y externos organizándolos poco a poco para el niño y orientándolo y ayudándolo en la organización de su mundo interno, formando los límites entre realidad y fantasía.

Todo lo anterior queda de manifiesto en la sintomatología del autismo, ya que éstos niños no se reconocen como un ser integrado y separado de la madre, al verse en un espejo, no logran identificar quienes son ya que su libido se encuentra totalmente desorganizada y no focalizada hacia la periferia de su cuerpo, concibiéndolo como partes separadas: manos, pies, cabeza, etc. o bien, hablan en tercera persona, lo que pone de

manifiesto su precario desarrollo del Yo. Es decir, retomando a Hartman, el Yo de un niño sólo podrá consolidarse y neutralizar los impulsos del Ello a través de un proceso circular: un constante acudir perceptual hacia el mundo externo y viceversa, sino se cumple éste proceso, que es el caso del niño autista por percibir a la realidad como totalmente amenazante prefiriendo encerrarse en su mundo interno, la función integradora y sintética del Yo jamás llegará a constituirse. Así, queremos aclarar que es a través de la sintomatología (único canal de comunicación que el niño ha establecido con la realidad) que el infante autista logra expresar sus necesidades y deseos. Sin embargo, esto en la práctica no es entendido así por los profesionistas de la salud mental, sino por el contrario los síntomas son considerados como una mera manifestación de problemas orgánicos.

Retomando los planteamientos de Mahler, el Autismo Infantil representa una regresión y una fijación del niño a la fase autística normal. La madre como representante del mundo externo parece no ser percibida por el niño. Esta conducta alucinatoria primitiva hacia la madre y el mundo externo, si es una defensa psicósomática, es tan arcaica que pudo haber sido adquirida en el momento mismo del nacimiento o muy pronto después de él. De éste modo, el niño no podrá utilizar el Yo auxiliar (madre) para guiarse y reconocerse en el mundo exterior e interior, es decir, el Autismo pasa a ser una actitud defensiva básica contra los estímulos externos desarrollada por un niño desprovisto de vínculos afectivos.

Con éste enfoque que hemos propuesto para el análisis del Autismo Infantil, queremos reafirmar que éste es un proceso de enfermedad dialéctico, cuya comprensión nos lleva no solamente al análisis de la sintomatología sino al estudio del sentido de ésta, esto es, de los contenidos latentes que subyacen al problema, en el sentido propuesto por Pichón

Rivière, es decir, en una espiral dialéctica, la cual se refiere al proceso de llevar a la conciencia aquellas ansiedades o miedos que se encuentran reprimidos en el inconsciente y que dan lugar a que se manifieste la enfermedad mental (en éste caso el Autismo Infantil), hacia el exterior en un proceso dialéctico con el fin de lograr eliminar la enfermedad desde sus bases y no desde los síntomas, como se ha hecho hasta ahora en México por las instituciones dedicadas a la atención de éste padecimiento.

CITAS

- (1) Freud, Sigmund. Psicología de las Masas y Análisis del Yo, p. 9.
- (2) Wallon, Henri. La Función de la Emoción en el Niño, p. 60.
- (3) Pichón Rivière, E. La Psiquiatría, una nueva problemática. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. t. I, Ed. Nueva Visión. p. 32.
- (4) Diatkine R. y Simon J. El Psicoanálisis Precoz, Ed. S.XXI, p. 114.

CAPITULO IV

ANÁLISIS CRITICO

En éste apartado analizaremos en base a las observaciones realizadas con niños autistas, la realidad en la que se encuentran inmersos y sus contradicciones. Para esto aludiremos al desarrollo teórico de nuestro trabajo, conformado por los anteriores capítulos, para intentar confrontar los elementos que se articulan con el fenómeno del Autismo Infantil: Institución y Familia.

Tomaremos como punto de partida la crítica al Modelo Clínico, ya que observamos que es el que se sigue en las Instituciones de Salud Mental actualmente en México.

De ésta forma, tenemos que dentro del campo de la Medicina la enfermedad es dividida por síntomas sin tomar en consideración el contexto social dentro del cual se dio dicha enfermedad. El Modelo Médico percibe al hombre no como un ser humano inmerso en una totalidad social, sino lo considera como un simple conjunto de órganos, de tal modo que la Patología y la Fisiología adquieren el mismo significado dentro del campo clínico, limitando así la vida humana a salud y enfermedad concretamente, no como polos de la misma vida en relación dialéctica sino como partes separadas.

La enfermedad, vista desde el punto de vista médico, no tiene relación alguna con la experiencia propia de dicho paciente, sino todo tiene

una causalidad orgánica. El médico Psiquiatra es quien establece de acuerdo a "cuadros clínicos" establecidos, lo normal y lo anormal, siendo éste un enfoque primordialmente organicista, es decir, la enfermedad mental es vista como un cerebro disfuncional, completamente afectado por secuelas.

Los trastornos mentales como el Autismo Infantil, en éste modelo nunca son de orden psicogénico, es decir, el ambiente social en el que se desarrolla nunca será tomado como base etiológica por el médico.

Visto desde esta perspectiva, estar enfermo es sinónimo de anormalidad, así, la enfermedad mental, es socialmente marginada. Un enfermo no es capaz de producir, por lo cual se le margina y se le segrega llevándole a Instituciones correspondientes como el Hospital Psiquiátrico y específicamente en México, al enfermo crónico se le lleva a la Granja, que son, como diría Foucault, Instituciones creadas para la contención de la locura.

Al médico lo único que le interesa del enfermo es localizar el órgano disfuncional para "repararlo", es decir, establecer un diagnóstico en base a cuadros clínicos preestablecidos y así medicar. De ésta forma, arbitrariamente, el médico es quien señala al individuo como loco, anormal, de aquí el nacimiento precisamente de la Psiquiatría, la cual como ciencia médica reduce toda una problemática social a un simple daño orgánico.

Al asistir al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", específicamente al Hospital de Día e involucramos, hasta donde nos fue permitido, con nuestro objeto de investigación: El Niño Autista, nos pudimos percatar del hermetismo institucional, ya que su enfoque básico es el Modelo Médico-Organicista, rechazando cualquier otro tipo de enfoque. En el primer

contacto que establecimos con la Institución nos dimos cuenta de la resistencia al Psicoanálisis (precisamente el enfoque teórico en el cual nos basamos) y del rechazo a nuestro proyecto de investigación tan solo por insinuarles que la Etiología del Autismo pudiera tener como base los conflictos sociales vividos al interior de la familia y no en lo orgánico como lo afirman ellos.

Con el fin de que nos permitieran el ingreso al Hospital de Día simplemente a observar a los niños tuvimos que reformular y presentar un proyecto de investigación acorde con los lineamientos de la Institución y más aún, asistir al curso hospitalario sobre Psicosis como una de las condiciones para permitir nuestra asistencia un solo día al Hospital. Nos pudimos dar cuenta del trámite burocrático que impone la Institución para cubrir muchas de sus anomalías y de las relaciones de poder que se gestan al interior de la misma.

En nuestra asistencia al curso, impartido por el Subdirector Médico del Hospital, quien es toda una autoridad en el conocimiento y tratamiento del Autismo Infantil en México, analizamos la conceptualización que la Psiquiatría tiene en general de las Psicosis Infantiles y particularmente del Autismo Infantil. Pudimos darnos cuenta de la discrepancia teórica que existe entre lo que la Institución expone como Síndrome Autístico (El Autismo como secuela de un daño orgánico) y lo que nosotras conceptualizamos como tal, y que correspondería dentro del enfoque institucional al Síndrome del Bebé Triste, el cual para Françoise Doltó (1) es una alteración de la conducta con etiología basada en la ausencia de la madre, lo cual provoca que el bebé no establezca contacto afectivo con ella marcando con esto la aparición de un Autismo desde ésta etapa precoz del desarrollo.

Sin embargo, al ser admitidas en el Hospital y estar en contacto por primera vez con los niños nos fue evidente la situación de conflicto familiar que viven éstos, ya que aunque tuvimos contacto sólo esporádico con algunos padres nos fue confirmado por las enfermeras que las familias de éstos niños sufrían conflictos severos en su dinámica, expresando ellas mismas que "Las terapias las deberían de recibir los papás y no los niños". De éste mismo modo, el Doctor señaló que algunos de los padres de estos niños sufrían depresión y otro tipo de conflictos, dejando entrever con ello la existencia de un factor hereditario. Este criterio es el que sesga la intervención institucional hacia el niño autista, negando cualquier conflictiva social y reduciéndolo a meros factores hereditarios que salen del control del médico negando así toda posibilidad de cura.

Derivado de lo anterior, la concepción médica del Autismo es la de una Psicosis concebida ésta como una alteración del pensamiento; para nosotras el Autismo también es una Psicosis, pero considerada como una cierta cantidad de sufrimiento no elaborada, lo cual desde el enfoque institucional queda completamente fuera, por lo tanto, planteamos que la Psicosis Autística es un emergente de una situación total familiar, siendo ésta la tesis que tratamos de fundamentar.

Así, la tesis fundamental de nuestro trabajo es la concepción del niño Autista como un ser humano que sufre siendo el depositario de toda la problemática de su familia, y es aquí precisamente, donde nuestro enfoque y el institucional chocan, ya que esto excluye completamente a la familia, porque como ya se mencionó todo tiene una causalidad orgánica y por tanto, no cabe la posibilidad de la intervención de la familia como factor etiológico del Autismo y tampoco en el tratamiento del niño.

De éste modo, la ausencia de la familia viene a marcar una vez más el manejo institucional que se hace del problema y con esto también se nos hizo evidente como la familia ve al niño como un problema irresoluble, encontrando en la Institución una forma de deshacerse de su problema concretizado en el niño. Lo anterior se desprende de lo observado en las visitas al Hospital en donde nos percatamos como los padres llegan rápidamente a dejar a los pequeños, dando instrucciones a las enfermeras y dejándolos todo el día en el Hospital, creyendo con esto solucionar su problema. Van a recogerlos hasta en la tarde, recibiendo a su vez instrucciones de las "terapeutas" quienes les encargan tareas a cada uno de ellos. Tal pareciera que se tratara de un jardín de niños y no de un lugar en donde se pretende ayudar al niño autista.

En lo que respecta al Proceso de Diagnóstico, es muy difícil tener acceso a los expedientes en donde se estipula el diagnóstico de los niños, esto encubierto con la justificación de la dificultad de la terminología médica, difícil de entender pero que realmente representa un problema por lo descuidado y desordenado del expediente, ya que generalmente son los médicos residentes quienes los elaboran, pero quien da el diagnóstico final y definitivo, en una o dos entrevistas es el Subdirector Médico del Hospital.

Para ilustrar lo anterior, así como para fundamentar nuestra tesis expondremos y posteriormente analizaremos el expediente de "Carlos", el cual consideramos como el más representativo.

Primero se realiza una consulta externa iniciando por el Departamento de Trabajo Social. Aquí se elabora un panorama general sobre el padecimiento, abarcando los siguientes aspectos:

Fecha de nacimiento: 3 de febrero de 1983

Fecha de primera consulta: 13 de enero de 1987

MOTIVO DE CONSULTA: Es enviado por presentar conductas de autoagresión con un lenguaje verbal de sólo algunas palabras. Sin control de esfínteres, hijo único de una pareja separada, actualmente vive en casa de los abuelos paternos junto con el padre y un hermano de éste, aunque no acude a ninguna escuela y estaba recibiendo una terapia de rehabilitación física.

PADECIMIENTO ACTUAL. El paciente fue abandonado por la madre y dejado al cuidado del padre quien al verse solo se va a vivir a casa de sus papás y en ese momento es cuando los abuelos se percatan del problema que presenta el niño, según refieren los abuelos cuando el niño llegó a la casa comenzaron a darse cuenta de que era torpe para realizar sus movimientos, cayéndose frecuentemente, además de que no tenía lenguaje verbal y que cuando se le llamaba o se le ordenaba algo parecía que no escuchaba mostrándose indiferente ante la estimulación verbal. Se pasaba largos ratos manipulando juguetes que tuvieran ruedas o puntas, pero por ejemplo, los coches no los manejaba, sólo los empujaba y los arrastraba. En otras ocasiones se entretenía con alguna varita o con algún zapato, además de esto, el niño no controlaba esfínteres por lo que se obraba y se ponía a jugar con los excrementos, embarrándolos en la pared y en el piso, cosa que

parecía disfrutar. En las noches, cuando tenía que irse a dormir y se apagaban las luces se mostraba ansioso y comenzaba a dar de gritos, sólo se tranquilizaba si era dormido en una hamaca y con el abuelo y la abuela al lado, hasta que lograba dormirse y ya no despertaba hasta el día siguiente.

Los abuelos refieren que después de unos meses de que el niño vivió con ellos, comenzó a mostrarse más tranquilo y a aceptar el jugar con ellos juegos sencillos como a la pelota o a los coches, buscaba más su compañía y comenzaba a sonreír y parecía que le gustaba que lo abrazaran y besaran o bien que le cantaran algunas canciones. A principios de 1986, el niño fue llevado al Grupo de Desarrollo de la Personalidad y la Conducta de la Universidad del Valle del México, en donde recibió terapia de rehabilitación física y estimulación sensorio perceptual y al decir de los informantes, el niño acudió con gusto y adelantó en cuanto a su psicomotricidad. A partir de diciembre de 1986, el niño comenzó a presentar conductas autoagresivas importantes como el golpearse la cabeza en ocasiones contra la pared o con sus manos, se jalaba el pelo, se pellizcaba, se arrojaba al suelo y comenzaba a gritar y después de unos momentos se ponía a llorar. Este cuadro persistió hasta enero del presente año (1987). Por lo que fue canalizado al hospital. Cuando acudió por primera vez aquí (enero de 1987), el niño presentaba las conductas autoagresivas y llamaba la atención que traía una camisa alrededor de las manos y una gorra en la cabeza y que cuando se le quitaba comentaba a autoagredirse, emitía sonidos fuertes, llantos y gritos, pero no expresaba ninguna palabra inteligible. En esa ocasión acudieron solamente a dos entrevistas dejando de asistir al hospital presentándose nuevamente en abril del presente año, para entonces se le habían dado medicamentos, cuando regresaron refirieron que el niño se habrá mostrado más tranquilo y ya no presentaba las conductas autoagresivas, aunque traía su gorra y un trapo alrededor de las manos. Se le

canalizó a varias terapias dentro de la unidad a partir de mediados de agosto, el niño comenzó a presentar nuevamente conductas de autoagresión durante la primera semana de ese mes, el niño acudió a la consulta y traía entre sus manos un manojito de hierbas a las cuales se les quedaba viendo y cuando se las acercaba a su cara, comenzaba a gritar, fue fácil relativamente cambiar las hierbas por un coche el cual aceptó alegremente y aún en esa ocasión el niño se despidió con una sonrisa y con un ademán de adiós, a la siguiente entrevista, no acudieron a la consulta pero una semana más tarde fue llevado fuera del tiempo de consulta debido a que el niño llevaba dos días gritando constantemente con gemidos y con llanto, nuevamente con autoagresión, aunque se refería que cuando lograba dormirse por la noche ya no despertaba y al amanecer se veía más tranquilo, para después de algunos momentos tornarse nuevamente angustiado y con las mismas conductas, sólo se tranquiliza cuando el abuelo lo toma en sus brazos y lo arrulla, le canta o le está dando golpecitos en la espalda.

CONCEPCIÓN DEL EMBARAZO: Es producto engendrado fuera del matrimonio, primogénito no planeado, ni deseado, ni aceptado, la madre tenía 17 años cuando se embarazó y el padre tenía 24. Se refiere que la madre se golpeaba el vientre en varias ocasiones con la finalidad de abortar no logrando su objetivo, durante el embarazo, la madre siempre refería que ella no quería al producto, mientras que el padre en esa época comenzó a ingerir más bebidas alcohólicas y marihuana, ocasionalmente inhalantes.

PARTO: A las treinta y seis semanas de gestación se inició el trabajo de parto, fue atendido en el Hospital del IMSS, se refiere un trabajo de parto de cerca de 30 hrs, se le aplicó anestesia peridural siendo necesario aplicarle anestésico en tres ocasiones, se refiere que el niño tardó en respirar presentando hipoxia con cianosis e hictérica, fue necesario realizar

maniobras de reanimación y que se le pusiera en incubadora, por espacio de 24 horas, no presentando mayores complicaciones aparentes. Su peso al nacer fue de 3.00 Kgs, su talla fue de 42 cm, se refiere que la madre no manifestó preocupación ni deseos de ver a su hijo, los abuelos refieren que no recuerdan que la madre hubiera expresado alegría por el nacimiento de su hijo, el padre se encontraba bajo los efectos del alcohol el día del nacimiento y se mostró muy eufórico porque había sido niño.

ALIMENTACIÓN: Fue alimentado al seno materno durante dos días decidiendo la madre que ya no le iba a dar porque era muy molesto y ella no estaba dispuesta a pasar horas dándole de comer, por lo que se inició alimentación a base de leche en polvo, ésta era suministrada a la temperatura ambiente porque el niño debería de acostumbrarse a tomarla así para que "cuando no hubiera donde calentarla no extrañara", se inició la ablactación a los tres meses de edad a base de papillas industrializadas y se refiere que al año de edad comía casi todo, sólo que la madre prefería darle únicamente biberón porque era más cómodo para ella. Hasta que se fue a vivir a casa de los abuelos, su principal alimento fue a base de leche, a partir de entonces se ha intentado incluir otros alimentos pero sigue prefiriendo la leche aunque ahora la tome en vaso.

SUEÑO: Se refiere que al segundo día de nacido el niño se mostró muy inquieto, irritable y llorando, no pudiendo dormirse y al no poder tranquilizarlo, la madre lo golpeó para que se callara. Su sueño durante los dos primeros meses fue intranquilo despertando durante la noche o bien tardando mucho en dormirse, esto siguió así hasta que por recomendación de unos amigos lo pusieron en una hamaca logrando que pudiera dormir más fácilmente.

Actualmente duerme en el mismo cuarto del padre pero aún en su hamaca, aunque a veces tiene que ser alzado en brazos para que pueda conciliar el sueño, esto lo hace principalmente la abuela.

ENTRENAMIENTO DE ESFÍNTERES: Aunque no se ha podido obtener control de esfínteres, ni los abuelos ni el padre parecen prestar mayor atención a este hecho, y no le dan importancia hasta ahora.

LENGUAJE: Carlos expresa ocasionalmente algunas palabras como bueno, leche, papá, mamá, aunque la mayoría de las veces expresa únicamente sonidos guturales o bien, gritos. En pocas ocasiones se le ha escuchado tararear algunas canciones o anuncios comerciales.

DESARROLLO MOTOR: No se recuerda la aparición de la primera sonrisa ni sostén cefálico, se refiere que a los cuatro meses se volteaba solo, sedestación a los seis meses, no gateó, bipedestación a los doce meses y deambulación a los quince meses, su andar se refiere como torpe. Hasta los dos años el padre creía que le faltaba fuerza en las piernas porque no comía mas que leche, su coordinación motora se refiere con torpeza, hasta los dos y medio años cuando se inició la rehabilitación, actualmente ayuda a poner los cubiertos en la mesa, ocasionalmente ayuda a lavar los platos e intenta vestirse solo, aunque aún no lo logra con precisión, pude verter líquido de un vaso a otro o servirse la leche del frasco.

DESARROLLO SEXUAL: Se refiere que ocasionalmente se le ha observado manipular sus genitales. A los dos años comenzó a jugar con sus

heces, esto lo ha dejado de hacer desde que vive con sus abuelos. No ha presentado succión del pulgar.

HISTORIA DE SALUD- Dermatitis del pañal durante casi todo el primer año, sarampión a los dos y medio años de edad, todavía con la madre, no se le atendió médicamente. Cuadros faringoamigdalíticos de repetición por lo que se administraron antibióticos, antihistamínicos y analgésicos.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD: Desde niño se refiere que lloraba mucho y tenía dificultades para conciliar el sueño, por ésta razón era golpeado por la madre o lo dejaba llorando durante largos períodos de tiempo mientras ella salía a la calle, para que el niño no se callera de la cuna lo envolvía en una sábana y después lo sujetaba, en otras ocasiones llegó a ponerle mordazas para que no se escucharan los llantos del niño. Refiere el padre que él nunca se dio cuenta de esto, pero que una vecina se lo contó cuando ya se había separado de su esposa.

Cuando el padre se encontraba bajo los efectos del alcohol también golpeaba al niño para que se callara, cuando algún familiar notaba que el niño estaba golpeado ellos decían que se había caído de la cuna o que había jalado algún objeto y se le había caído encima. Según se refiere que desde que vive en casa de los abuelos ha sido menos maltratado pero que ocasionalmente el padre lo golpea, y rara vez la abuela o el abuelo llegan a golpearlo, a pesar de ello el niño pasa los fines de semana encerrado en el cuarto del padre con la puerta cerrada y el padre puede pasarse todo el fin de semana encerrado tomando y fumando marihuana. Durante la

semana, cuando el padre sale a trabajar, el niño busca al abuelo y a la tía, no se refiere objeto transicional.

Actualmente cuando el niño se muestra contento sonríe y busca los brazos del abuelo, el padre o la tía, da besos y si tiene la oportunidad de convivir con otros niños, los busca para jugar, aunque no lo hace en forma apropiada. Cuando se le niega algo se muestra con conductas autoagresivas, se tira al suelo, se jala los cabellos pero si se le habla en voz alta o se le amenaza que se le va a castigar, deja de hacerlo.

PATRONES DE JUEGO: Se refiere que cuando más pequeño le llamaban la atención las sonajas, pero principalmente un osito, pero que la madre le quitó para que "no se acostumbrara a él". Cuando jugaba con algunos juguetes, lo hacía solo por unos momentos en forma adecuada, pero después los arrojaba. Le gusta que lo carguen y que lo estén abrazando.

DISCIPLINA: El abuelo comenta que la madre lo castigaba físicamente frecuentemente ya fuera a base de golpes o dejándolo llorar durante largos ratos encerrándolo en el cuarto con la luz apagada, envuelto en una sábana y dejándolo sin comer o dándole la comida fría. Se refiere que el padre sólo lo castigaba cuando estaba alcoholizado, pero esto es muy frecuente, aunque reconoce el padre que la madre era quien impartía principalmente la disciplina cuando estaban unidos, y era quien lo dejaba en el cuarto con la luz apagada utilizando nalgadas o encerrándolo. Cuando es castigado físicamente el niño responde con conductas autoagresivas o berrinches.

RELACIONES: Según comentan los abuelos cuando los padres vivían juntos nadie intervenía con ellos pero que sabían que el niño pasaba las horas solo sin que viera a nadie. Tampoco los padres tenían relaciones de amistad como pareja y aunque salían solos, dejaban al niño. A partir de que la madre abandonó al padre y al paciente y se fueron a vivir con los abuelos del niño, ha comenzado a relacionarse más pero principalmente con adultos.

LA FAMILIA

PADRE: El padre ha acudido al hospital solamente en dos ocasiones y en ambas se ha presentado con aliento alcohólico, viste informal, su vocabulario es expresado puerilmente aunque pareciera hacer un esfuerzo para parecer intelectual, rebusca las palabras que fueran más apropiadas, pero no entran en la conversación. Refiere estar muy preocupado por el niño y por su evolución aunque nunca lo lleva, de hecho la segunda vez que él acudió al hospital fue a petición nuestra y lo hizo porque se encontraba incapacitado ya que sufrió una fractura del brazo cuando intentó entrar a la casa una noche que llegó borracho y quiso entrar por la ventana no calculando la altura cayendo en su brazo. Impresiona con inteligencia normal baja. El padre es originario del D.F., primero de cuatro hermanos, comenta que su niñez la recuerda como buena, se llevaba bien con sus padres y con sus hermanos, a decir de él, sus padres siempre le dieron libertades en lo que quisiera, no existían normas, se manejaban ambivalentemente en cuanto a los afectos, en ocasiones muy cariñosos y en otras indiferentes. Se comenta que el padre les dejó de hablar casi un año sin una causa aparente, además, que cuando cumpliendo 18 años ya no los sostenía económicamente aunque estuvieran estudiando. En cuanto a su alcoholismo se refiere que cuando se iniciaba, su madre le llamó la atención en una sola ocasión pero que como no le hizo caso, nunca más le dijeron nada al respecto. Actualmente hay discrepancia entre los abuelos del paciente ante el alcoholismo del padre, mientras que él dice que su hijo es alcohólico y drogadicto, ella refiere que no es tanto el problema, pero ambos lo toleran.

El padre estudió hasta el quinto año de Contador Público pero nunca se recibió, actualmente trabaja como empleado de contador en una fábrica. En cuanto a las relaciones interpersonales dice que tuvo pocos amigos y sólo otra novia antes de su esposa. Comenzó a ingerir bebidas alcohólicas cuando tenía 17 años y unos meses más tarde comenzó a utilizar marihuana e inhalantes, motivo por el cual no pudo terminar su carrera.

MADRE: En cuanto a los antecedentes maternos se obtuvieron por la información que proporcionó el padre y los abuelos paternos, ya que no se logró localizar a la madre. Se comenta que la familia de la madre es desintegrada debido a que la abuela materna abandonó al esposo y a los hijos cuando ella tenía cuatro años de edad. Al poco tiempo el padre decidió unirse a otra persona a la cual llevó a vivir con ellos, pero cuando "Isabel" (madre de "Carlos") tenía 10 años muere la madrastra y el padre se ve involucrado en la muerte, motivo por el cual es encarcelado y tanto Isabel como sus hermanos van a un orfanatorio por no encontrar ninguna otra casa a donde llevarlos. Cuando Isabel tenía quince años, el padre que ya había salido de la cárcel se comunica con ella por lo que decide escaparse del orfanatorio e irse a vivir con el padre, pero al poco tiempo de esto comienzan a tener problemas por lo que decide irse a vivir a casa de una amiga. Isabel estudió solamente la primaria y nunca trabajó.

NOVIAZGO: Los padres del paciente se conocieron cuando él tenía veinticinco años y ella dieciséis. Según se refiere se conocieron cuando ambos estaban esperando para hablar de un teléfono público y ella le pidió un veinte para poder hacer la llamada, después entablaron una conversación en donde salió el comentario de que ella se había escapado

por lo que él le ofreció que se fuera a vivir a su casa a lo que ella accedió, llevándola a vivir a casa de los padres de él. Quienes por cierto no se opusieron porque pensaron que era otra de las "cosas raras" que hacía Carlos y que pronto se le pasaría. A los pocos meses ella se embarazó sin quererlo y dos meses mas tarde deciden casarse por lo civil, buscando un departamento a donde irse.

RELACIÓN MARITAL: La relación la refieren como conflictiva desde el inicio con muchos problemas entre ambos, siendo incrementados desde que saben que ella está embarazada, ya que ella intentó abortar con maniobras como los golpes y él comenzó a ingerir cada vez más alcohol, cuando nace el paciente la madre manifiesta abiertamente el rechazo. Como ya fue descrito, la comunicación siempre fue mala, peleaban frecuentemente por cualquier situación como celos entre ambos padres, la conducta del niño, el alcoholismo del padre, etc. Siempre había un pretexto para discutir y salir de la casa, ya fuera uno u otro. El padre comenta que su esposa fue buena como amiga, esposa y amante, pero como madre fue francamente mala.

RELACIÓN PADRE-PACIENTE: Ha sido a nivel de proveer en cuanto a lo económico, pero las relaciones son de poco afecto.

RELACIÓN MADRE- PACIENTE: Actualmente no vive con ellos, e incluso se desconoce su paradero debido a que desde hace dos años y medio los abandonó, los abuelos paternos son los que ejercen el rol parental ejerciendo la autoridad. Se preocupan de llevarlo a las terapias, de comprarle lo necesario y de alimentarlo.

ABUELOS: El abuelo paterno es originario de Santa María de Lebaña, España, tiene 61 años de edad, ocupa el primer lugar de 6 hermanos. Las relaciones intrafamiliares las refiere como insatisfactorias, diciendo que su infancia fue dura debido a que le tocó presenciar y participar en dos guerras y que en una de ellas fallecieron su padre y su hermano, adoptando la madre el papel de padre y madre en forma autoritaria, nunca estudió aunque sabe leer y escribir. Vino a vivir a México cuando tenía 20 años de edad desde entonces ha trabajado como comerciante de diversas cosas, en la actualidad él se describe como una persona honrada, trabajadora y un poco agresivo, le gusta el orden en todo y no tiene vicios. Su esposa lo describe como autoritario y rígido para con los hijos. La abuela paterna es originaria del D.F., actualmente cuenta con 53 años, hija única. Cuenta que fue mimada y consentida a lo que achaca ser una persona dependiente, recuerda con agrado su niñez, tenía lo que ella quería y su familia era solvente, estudió hasta el tercer año de secundaria. Se refiere como una mujer trabajadora que le costó trabajo educar a sus hijos ya que no encontró el apoyo adecuado en su esposo, de carácter blando por lo que los hijos no la obedecían optando por no decirles nada ni regañarlos, actúa complacientemente ante el alcoholismo del padre del paciente, el abuelo la refiere como sobreprotectora para con los hijos. Refieren que su matrimonio ha sido conflictivo debido a las características de personalidad de cada uno de ellos, peleaban frecuentemente de recién casados sin ponerse de acuerdo en nada, pero ella comenzó a ignorar los gritos de él y así ha podido mantener el matrimonio durante 31 años.

EXAMEN MENTAL: Se trata de un preescolar de edad aparente de acuerdo a la cronológica, blanco, físicamente agradable. Bien aliñado

tanto en sus ropas como en su cuerpo, su marcha se aprecia normal, toma posturas de acurrucamiento para con sus abuelos, las manos se encuentran unidas con los dedos entrelazados, trae una gorra puesta y una camisa que le envuelve las manos, que cuando ambas se le quitan empieza a presentar conductas autoagresivas, como golpearse la cabeza, jalarse el pelo o golpearse contra el escritorio, esto acompañado con muecas faciales, como desviación de la comisura bucal hacia el lado de que está golpeando y cerrando el ojo del mismo lado, gime y llega a presentar gritos.

Durante casi toda la entrevista permanece cerca del abuelo y no es posible lograr que se quede solo porque reinicia las conductas autoagresivas, una de las formas en que se logra tranquilizar es cuando se queda observando fijamente sus manos siempre y cuando tenga alrededor de ellas la camisa. Su mirada casi siempre evita el contacto visual de las personas que nos encontramos a su alrededor, pero ocasionalmente la dirige intencionalmente a alguien y parece sonreír a propósito; se le proporcionan algunos materiales con la finalidad de que los utilice, sólo se les queda viendo y los toca, pero después los hace a un lado ignorándolos, se le invita a salir al jardín, cosa a la que accede. Únicamente si es acompañado por alguno de los abuelos, acepta ser tocado y abrazado sin manifestar rechazo ante el contacto físico, a pesar de ello, no parece responder adecuadamente afectiva y corporalmente. Su lenguaje verbal se limita a gemidos y gritos, por momentos se entretiene tomando entre sus manos algunos lápices o palitos que se encuentran en el jardín, observándolos fijamente y acariciándolos detenidamente, voltea hacia algún lugar de donde proceden sonidos llegando a asustarse ante los sonidos de carros en la calle, lo que manifiesta buscando el resguardo del abuelo.

prolongado, con un desarrollo psicomotor en cuanto a la aparición de las habilidades en un tiempo límite pero cualitativamente con torpeza física hasta que recibió rehabilitación, en cuanto a su lenguaje verbal, se encuentra francamente retrasado correspondiendo a un nivel de aproximación entre los 12 y 15 meses, aún no hay control de esfínteres.

PERSONALIDAD: Se le refiere como irritable y llorón casi desde su nacimiento, aunque se desconocen datos precisos. Durante el primer año de vida permaneció aislado y sin contacto con otras personas que no fueran sus padres, desde el momento en que vive con los abuelos se ha observado que presenta las conductas de autoagresividad, pero a pesar de ello busca el contacto físico con los adultos significativos para él. Casi no convive con niños de su edad, pero cuando tiene la oportunidad intenta un acercamiento aunque no lo hace en la forma apropiada.

Durante el tiempo que ha estado acudiendo a la consulta ha pasado por diferentes estados de ánimo, mostrándose desde cariñoso hasta indiferente pasando por huraño, gruñón, participativo y cooperador pero a veces no permite el contacto físico y otros lo busca él mismo.

FACTORES FAMILIARES: Llama la atención desde el inicio de la relación de los padres la inmadurez que reflejaban, la indulgencia de los abuelos paternos al aceptar a la amiga del padre del paciente, más tarde el rechazo franco de la madre hacia el producto y la privación afectiva que sufrió el niño, la no intromisión de los abuelos al ver los problemas del niño y no hacer nada mientras los padres vivieron juntos, la adquisición del rol parental por parte de los abuelos y no así del padre biológico. Establecer un diagnóstico preciso ha sido difícil, por una parte contamos con conductas

psicóticas que pueden ser incluidas dentro del Autismo como son mirada periférica y pobre contacto visual, por lo menos en cuadros agudos que ha presentado el paciente, la autoagresión importante, la manipulación de objetos en forma inadecuada, la persistencia de observarlos detenidamente, el retraimiento, el retardo del lenguaje, algunas estereotipias, en contraposición con ello se aprecia que permite el contacto físico y el contacto visual después de la crisis aguda, los intentos de socialización que ha presentado al permitir la separación voluntaria para que ingrese a las terapias, el utilizar más su lenguaje verbal expresivo, en cuanto a los aspectos familiares podemos decir que puede tratarse de una privación afectiva más que de una franca conducta de castigos físicos, al respecto se refiere al Síndrome del Niño Maltratado, el cual fue primeramente descrito por pediatras y ortopedistas y por ésta razón se le da gran importancia a los antecedentes de lesiones físicas como cicatrices, huellas de fracturas antiguas o recientes, desnutrición, etc. Por lo que estrictamente hablando no contamos con ese tipo de antecedentes para que pueda ser incluido dentro de este cuadro diagnóstico.

En cuanto a la literatura psiquiátrica se han reportado gran número de casos de privación afectiva por diversas circunstancias, con carencia afectiva precoz, caracterizada por falta de las aportaciones biológicas básicas, su retraso en proporcionarlas o la negativa a darlas, caracterizada por una falta de amor e interés hacia el niño, afectividad reprimida, afectividad rechazada, indiferencia. Ese tipo de conducta se presenta, la primera en los abuelos y la segunda en los padres, por lo anterior creo que el niño y su personalidad y conducta son el resultado de una carencia afectiva básica y que las conductas manifestadas aunque por momentos puedan simular un cuadro de Autismo Infantil o lo que denomina el

DSM-III Trastorno Profundo del Desarrollo sea debido a la carencia de los estímulos adecuados que necesitaba el niño desde recién nacido, aunado a esto una ya pobre constitución congénita caracterizada por los antecedentes pre y postnatales.

13 de marzo de 1990.

Este paciente ha sido revisado en grupo tanto clínicamente como revisión del caso para la afirmación del diagnóstico de acuerdo con el DSM-III-R y posteriormente la cédula según el DSM-II-R de criterios diagnósticos con 10 puntos de los 16 posibles en una segunda fase de la aplicación de la cédula ADS.

Subdirector Médico
Hospital Psiquiátrico Infantil

Al revisar minuciosamente el expediente desde nuestra postura teórica, es claro que el padecimiento de Carlos es Autismo y haciendo un análisis de la historia familiar encontramos aspectos significativos que ponen en evidencia la emergencia del autismo en ésta dinámica familiar. Para la Psiquiatría la dinámica familiar patológica sirve de base en términos médicos para establecer un factor congénito, aún sin tener pruebas de ello. Pero esto no significa que estemos en contra de los estudios clínicos para descartar daños orgánicos y factores hereditarios en el padecimiento, sino que rechazamos que después de realizar estos y no encontrar ninguna anomalía, el médico tratante siga sosteniendo que debe haber un daño orgánico, dejando de lado lo que para nosotros es lo más importante: el sufrimiento del

niño ante el comportamiento de sus padres, que para él resulta inexplicable eligiendo como mejor forma de supervivencia la psicosis.

En nuestro análisis de la historia psiquiátrica, queremos debatir la forma de proceder hospitalaria plasmada en los procesos de diagnóstico. Para nosotros, los datos anotados en la historia clínica adquieren un significado en varias dimensiones para confirmar que el autismo es un emergente.

En primera instancia observamos al niño y a sus síntomas, pero dándoles a éstos un significado, sabiendo de ésta manera que el niño y su problema están inmersos en una problemática mayor que es precisamente la forma dialéctica de mirar la realidad y que desde nuestro punto de vista, la Psiquiatría no la toma en cuenta.

En primer lugar, la madre está ausente y no nos explica su propia historia, ni su sentir con respecto, tanto a su relación de pareja, como a su embarazo y posteriormente a su hijo, en el historial clínico anterior se ve siempre satanizada debido a su misma ausencia. Sin embargo pudimos darnos cuenta que la razón del rechazo patente al niño puede tener como causa la situación total en que lo concibió que era totalmente anómala, surgiendo lógicamente agresividad y rechazo y por último el abandono. Nuestro objetivo es presentarla como un ser humano que sufre debido a su problemática y la cual refleja en sus relaciones con el mundo respondiendo en la misma forma en la que ha vivido, repitiendo la historia al haber sido ella misma abandonada por su madre.

Refiriéndonos al padre del niño y apoyándonos en las teorías expuestas en el capítulo anterior, analizamos los datos del historial clínico,

hipotizando que éste es el emergente de su propia situación familiar, ya que el alcoholismo y su adicción a la marihuana según las teorías de Pichón Rivière, son una alternativa en el proceso psicótico. En la oportunidad que tuvimos de saludarlo personalmente y de analizar una entrevista grabada de él, nos pareció que su propósito era dar una imagen diferente de lo que realmente es, tratando de aparecer como intelectual y bien presentado, también mostrando una exagerada preocupación por el niño que nos pareció una forma de encubrir su rechazo inconsciente hacia él y toda la situación que vive, como una formación reactiva.

También llamó nuestra atención la extraordinaria duración que tuvo la labor de parto de la madre de Carlos hablándonos de un rechazo inconsciente hacia el hijo, una lucha entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte de la madre viéndose enfrentadas en el alumbramiento y materializándose en la representación psíquica del niño que tenía ésta, manifestándose después en no desear ni siquiera verlo y menos alimentarlo.

Analizando las historias personales de los padres de Carlos, resulta casi previsible la conflictiva relación de pareja que llegaron a establecer, queriendo señalar que para nosotros el Autismo del niño es el proceso emergente de la problemática vivida al interior de ésta relación de pareja y que ambos ya venían arrastrando de su propia historia personal y como señalamos en el capítulo II, el abordaje institucional no lo toma en cuenta haciendo hincapié en que estamos analizando a la familia del niño autista como entidad ausente pues nunca pudimos entrevistarlos. La realidad es que al momento de decidir el tipo de abordaje terapéutico que se le dará al niño en el hospital tal parece que ésta historia se borrara e ingresara al tratamiento sólo con sus síntomas, los cuales según nuestro enfoque Psicoana-

lítico tienen sentido estando estrechamente vinculados a la historia del niño y solamente a través de su análisis y de la comprensión de los fenómenos psíquicos lo podemos encontrar.

El síntoma tiene una finalidad y ésta es la de descargar tensiones y lograr al menos en la psicosis una relación con la realidad. Para la Psiquiatría Clásica, éstos síntomas que expresan una patología están relacionados íntimamente con el temperamento, es decir, cómo reacciona la persona a su medio lo cual conlleva toda una carga genética, siendo importante señalar que nosotros no negamos ésta base, sin embargo pensamos que la Psiquiatría Clásica tiene una visión reduccionista de éste problema faltándole el análisis profundo de la situación patológica psicosocial, de los síntomas y su relación con el mundo interno del individuo enfermo, de aquí que busquemos una articulación y complementación entre ambos enfoques para llegar así a un nivel de análisis más completo.

Otro punto importante que queremos resaltar son las diferencias teóricas respecto al diagnóstico. Aunque escogimos como representativo el caso de Carlos, analizamos otros dos casos en donde se pone de manifiesto la desorganización que impera en el proceso de diagnóstico, dándonos la impresión de tener la necesidad de etiquetar la alteración bajo la sintomatología característica de un cuadro nosológico descrito por el DSM-III. El personal médico se empeña en encontrar en alguna parte del cerebro del niño a través de estudios de encefalograma, tomografías o estudios cromosómicos, una causa orgánica.

Específicamente en el expediente de Carlos ni siquiera se encuentran dichos estudios, tal pareciera que semejante diagnóstico se

afirmó ante un total desconocimiento de la enfermedad mental, o de lo que ellos dicen que es.

Y esto lo decimos basándonos en los cuatro diferentes diagnósticos de Carlos dados a su vez por cuatro instancias diferentes. Por ejemplo, en el primer diagnóstico (el niño presenta síntomas de maltrato) se toma en cuenta que existe una carencia afectiva básica por lo que puede desembocar en un Síndrome del Niño Maltratado pero al no encajar completamente en el cuadro, por no presentar marcas como fracturas, cicatrices o desnutrición, el niño no sufre este síndrome. Por otro lado aunque presenta conductas autistas en los cuadros agudos de su enfermedad, tampoco se puede hablar de un síndrome autístico propiamente dicho. En los posteriores diagnósticos, dados por practicantes y residentes, se acepta que es síndrome de Niño Maltratado con Conductas Autistas contraponiéndose a otro que dice que es Síndrome del Niño Maltratado descartando la posibilidad de Autismo. Y por último el que tiene mayor peso, debido a que fue emitido por una persona de mayor jerarquía y que se toma como definitivo por tratarse de una autoridad médica es el del Subdirector Médico del Hospital, quien finalmente califica al niño como Autista, ya que presenta 10 puntos de los 16 posibles dados por el DSM-III para éste cuadro nosológico.

Como podemos ver de todo lo anteriormente anotado, no se trata realmente de un proceso de diagnóstico sino de una necesidad institucional de encasillar a los enfermos en ciertos cuadros clínicos para tener la fantasía de que existe un control sobre la enfermedad mental.

De aquí que el enfoque actual que tiene la institución del Autismo Infantil es el de especificar varios síndromes dentro del cuadro autístico como lo son: el Síndrome de Rett, el Síndrome de Asperger, la Psicosis

Simbiótica y el Síndrome del Cromosoma X Frágil (AFRAX). Posteriormente encontramos una contradicción dado que lo anterior lo obtuvimos de una entrevista grabada en video con el Subdirector y después al leer un artículo escrito por él mismo dice que dichos síndromes se asemejan al Autismo. El Síndrome de Rett que no es una psicosis en el sentido estricto (¿Qué es para ellos en "sentido estricto"?), es un cuadro que hasta ahora sólo afecta a las mujeres, produce incapacidades para realizar movimientos propositivos con las manos, presentan movimientos estereotipados frecuentes e hiperventilación. Con el paso del tiempo se presenta deterioro neurológico que afecta ortopédicamente a todos los casos y el doctor afirma que éste síndrome proporciona una muestra de como muchas veces puede haber un mal diagnóstico que encubre otras anomalías.

El Síndrome de Asperger y la Psicosis Simbiótica podrían ser versiones atenuadas del Autismo, explicadas por una edad de inicio del trastorno más tardía.

En el mismo artículo, el doctor menciona que otros autores han considerado la existencia de varias anormalidades cromosómicas de diversa índole en un "buen número" de autistas como el cromosoma Afrax y la estiman en el 8% de los casos, aunque en otras muestras se ha visto que el Afrax no sólo se encuentra en autistas, sino también en niños con retraso mental. Otros investigadores, por el contrario, no han encontrado ningún X frágil entre la población de autistas. ¿Dónde está especificado entonces que el autismo se da por daño orgánico o que es hereditario en todos los estudios que se les hacen a los niños? Como resultado del proceso de investigación, nos hemos percatado de que debe existir un Autismo como secuela de una enfermedad orgánica como la Esclerosis Tuberosa, el daño en el cromosoma ya mencionado, un aumento o disminución en la Serotonina y Dopamina (neuro-

transmisores), etc. pero queremos aclarar que éste no es nuestro interés sino que como Psicólogos Sociales nos interesa el Autismo Infantil de origen psicógeno.

En ésta forma, criticamos que mientras los psiquiatras y practicantes se preocupan si le dan o no la etiqueta de Autista al niño, pierden de vista al ser humano con su problemática y su afectividad, quedando completamente fuera la pregunta ¿Qué hay en ese mundo interno del niño que a simple vista no alcanzamos a comprender?, ya que se preocupan más por controlar al síntoma, pero jamás de entenderlo. Al hacer éste tipo de diagnóstico se estigmatiza, se segrega y al mismo tiempo en consecuencia, se nulifican las posibilidades de cura.

Nuestra propuesta anterior la confrontamos al hacer varias visitas al Hospital de Día, en el Hospital Psiquiátrico Infantil con el grupo de Niños Autistas, que asiste de 8:00 A.M. a 5:00 P.M. diariamente. Para nosotros fue de suma importancia entrar en contacto con los niños cuyas historias clínicas revisamos en los expedientes, para tener un panorama de lo que significa la cotidianidad para ellos. Narraremos y analizaremos brevemente nuestra experiencia del día que realizamos nuestra primera visita de observación al Hospital de Día.

La primer actividad que tienen en el hospital es el desayuno, que les es servido por dos enfermeras las cuales están al cuidado de los niños todo el día y se encargan de su alimentación y de su aseo personal, y con las cuales tienen mayor contacto que con cualquiera de las terapeutas o el doctor. Enfrentándonos una vez mas a la contradicción de que quien diagnostica y estigmatiza a los niños como Autistas, realmente nunca entra en

contacto con ellos, no los conoce y sólo los vuelve a consultar cuando los padres de familia se lo solicitan por algún cambio de síntomas.

La mayor parte del tiempo los niños lo pasan en el salón de enfermería, que más bien asemeja una sala de juegos y de la cual se les va canalizando a las diversas terapias con base a un horario ya establecido.

Algunos de los niños que nos tocó ver fueron:

"Rosy" de 10 años de edad. Es la niña a la cual se le tienen 3 diagnósticos: Debilidad Mental, Síndrome de Down y Autismo. En éste caso, pensamos que el autismo sufrido por esta niña es debido a una secuela por daño orgánico.

"Caro", de 5 años. Tiene lenguaje aunque repite constantemente "No quiero, no me gusta". Al preguntar a las enfermeras que era lo que le pasaba, respondieron que a ciencia cierta no sabían, pero que recibía otras terapias como Delfinoterapia, sin mostrar mejoría.

"Luisito", cuenta con 11 años. Este niño tampoco emite palabras, se tapa los oídos constantemente tomándonos de las manos, para que lo hagamos junto con él. En éste caso, también revisamos su expediente encontrándonos con diversos diagnósticos como: "Posible Autismo" (Instituto Nacional de la Comunicación Humana), "Trastorno Difuso del Desarrollo" (Emitida en la historia clínica elaborada por el hospital) y "Autismo", avalada por practicantes de servicio social.

"Pepito", es uno de los niños con poco grado de autismo y con posibilidades de salir de él. Es un niño muy vivaz e inteligente, demasiado

inquieto, maneja bien su lenguaje. Vive con su papá y madrastra y por un tiempo con su mamá. Asiste a una escuela normal y va al hospital porque manifiesta conductas de aislamiento ante ciertas circunstancias.

"Memo", muestra rasgos de agresividad, mordiendo a las personas o a sí mismo durante los frecuentes berrinches que hace, es muy inquieto, no maneja bien su lenguaje y ante ciertas circunstancias se muestra indiferente.

"Susy", de 11 años, no presenta lenguaje, a veces sólo pronuncia la última sílaba de alguna palabra. De todos, es quien mejor realiza los ejercicios de psicomotricidad, es muy obediente.

"Paco", casi no fija la mirada y tampoco le gusta que lo miren. En especial no soltaba unos anteojos y cuando nos vio por primera vez se tapaba la cara con el brazo y gritaba "No".

"Hugo", es un niño que no tiene lenguaje y su comunicación es a través de las manos, cuando realiza alguna tarea como combinar pijas de colores, hace figuras y las combina armoniosamente. En general todas sus tareas las realiza muy bien.

Apoyándonos en los planteamientos de Pichón-Rivière, pudimos observar que cada niño tiene un estereotipo diferente que responde a una descarga de tensión, a una satisfacción de deseos y a una tentativa a través de la fantasía de recuperar o fijar objetos. Estos estereotipos tienen una naturaleza autoerótica primitiva, que según éste autor equivalen a una obtención de placer. El Autismo Infantil entendido como una Psicosis se trata de una regresión a etapas primitivas del desarrollo libidinal del Yo donde se

obtuvo mayor placer y los mecanismos de defensa fueron más efectivos. De aquí, que el estereotipo sea un mecanismo de defensa fijado con el fin de obtener placer, lo que al observar a los niños nos da una idea de la etapa en la que se quedaron fijados. Por esto, en el caso de los niños que no presentan lenguaje o movimientos estereotipados que recuerdan a un bebé, suponemos que su etapa de fijación fue muy primitiva como en el caso de Luisito y Carlos.

Paco en su estereotipo repetía el movimiento de tapar sus ojos con el brazo, Memo mordía y Caro repetía "No quiero, no me gusta", Luis se tapaba los oídos, etc. con lo cual pudimos comprobar que dicho estereotipo les sirve de defensa y a la vez de placer. Teniendo en conocimiento que son niños que han sufrido, entendimos que la situación que les pudo haber disparado el delirio psicótico es vivenciado por ellos como "el fin del mundo", el fin de su propio mundo. De éste momento en adelante la evolución es hacia la despersonalización e introversión.

La razón de que el niño autista hable en tercera persona se debe, según Françoise Doltó, a que el niño en su soledad autista tiene la fantasía de crear a otro en sí mismo con el que habla y hace mas llevadera su soledad, recordando que el niño autista vive en sus fantasías.

Todo lo anteriormente expuesto, es el contenido de los síntomas y que solamente se pueden poner de manifiesto cuando se entra en un verdadero contacto con el niño, en éste caso sería el verdadero contenido de lo que en el hospital llaman maternaje pero que no se cumple en ningún momento durante el desarrollo de las terapias, ya que éstas se imparten de manera impersonal, impositiva y carentes de una relación afectiva, pidiéndonos dar cuenta de esto en base al grupo de niños observado.

Ejemplificándolo con el caso de Carlos pudimos observar que asiste a Terapia de Lenguaje (cuyos objetivos ya fueron descritos en el capítulo II) que es básicamente psicopedagógica en el sentido de que el objetivo de las terapias va encaminado a lograr que el niño coordine la vista con movimientos y que tenga cada vez mayor fijación de atención. Por ejemplo, se le pide que coloree letras, que pegue figuras, que repita canciones. También asiste a Terapia Ambiental, donde su tarea es armar rompecabezas, juegos como el memorama, etc. El material siempre es el mismo, por esto nos dimos cuenta de que no les cuesta trabajo hacerlo y si acaso tuvieran alguna dificultad, la terapeuta siempre está presente para impartir ordenes y ver que éstas se cumplan correctamente. Otra de las terapias es la de Psicomotricidad, en donde se intenta que el niño haga ejercicio con el fin de corregir algunos movimientos considerados indeseables. Al observar esa terapia, pudimos percatarnos que si el niño quiere realizar alguna otra actividad, no le es permitido en ningún momento. Para nosotros es criticable esta actitud desde el punto de vista de que se debe entender el porqué el niño presenta ciertas actitudes y comportamientos, y no reprimirlas con el fin de mantener una supuesta adaptación para mantener el control de la institución sobre la enfermedad.

Por la tarde, quienes imparten las terapias son pasantes del Instituto Superior de Neurolingüística. Ellas les dan la terapia de socialización donde se trata de que el niño realice trabajos manuales como recortar y pegar figuras, iluminar, etc., para que el niño en días festivos logre socializar con otros niños. Situación que nos pareció adecuada para niños de preprimaria y no con problemas autistas, pareciéndonos hasta cierto punto irónico el querer que un niño cuyo problema fundamental es la no socialización se le busque una solución de éste tipo.

Cuando observamos la realización de las diversas terapias nos dimos cuenta de que en primer lugar, parecían ser otras a las descritas en el programa que se nos proporcionó y que ya discutimos en el capítulo II y en segundo lugar, que el enfoque psicopedagógico simplemente se refiere a trabajos manuales iguales a los que se realizan en un jardín de niños, nosotros creemos que esto es resultado del poco conocimiento que se tiene de ésta alteración de la conducta y de su mal diagnóstico, ya que en niños como Carlos la terapia fundamental debe ir encaminada a romper sus estereotipos, a lograr un verdadero contacto afectivo con él, para entender sus fantasías y su mundo interno con el fin de hacer emerger los miedos que lo llevaron a encerrarse en su caparazón autista, y no seguir perdiendo el tiempo con dichas terapias que lo único que persiguen es reforzar las funciones cognitivas y lograr una adaptación mecánica a la realidad que está viviendo, es decir, a estas terapias les falta lo primordial que es la parte psicológica perturbada del niño. Así, concluye un día en el hospital, en donde los niños pasan años valiosos de su vida y donde sus padres creen que hacen algo por ellos, quedando su futuro totalmente incierto ya que el tratamiento realizado de ésta manera no puede curar pues refuerza los mismos síntomas que pretende curar, es decir, es iatrogénico.

Ante todo esto nos cuestionamos sobre el trabajo del psicólogo dentro de la Institución, para esto entrevistamos a la Psicóloga encargada del grupo de niños autistas, presentándole nuestras principales inquietudes.

Ella nos habló acerca de los objetivos de los trabajos realizados en las terapias diciéndonos que básicamente se trata de que el niño ponga atención para tratar de eliminar la indiferencia para que en un futuro pueda

establecer contacto con quienes le rodean. Al cuestionarla acerca de la imposición de un patrón de trabajo, respondió que el niño en un primer momento debe sujetarse a los lineamientos que se le están imponiendo con el fin de reforzar actitudes deseables sin ser el enfoque conductual, sino psicopedagógico.

El entrenamiento de las terapeutas no existe sino que se da sobre la marcha, ellas son simplemente técnicas en rehabilitación de enfermos mentales, la única psicóloga en el grupo de terapeutas es precisamente la entrevistada. Ella afirma que las terapeutas han buscado un canal de comunicación en cada niño, pero lo observado es que cuando éste trata de comunicarse de una manera diferente a la que acostumbra no es tomado en cuenta, antes bien es llevado bruscamente a su tarea cotidiana.

Al preguntarle sobre la importancia de la participación de la familia o de los padres en alguna terapia, ella evadió la respuesta diciendo que participan de manera recreativa, dándonos una vez más la razón de que la institución niega toda posibilidad del origen psicógeno del autismo.

Acto seguido nos habló de la parte de enfermería como co-terapia, diciendo que estos niños nunca van a asistir a la escuela y que por lo menos deben aprender a valerse por sí mismos, enseñándoles hábitos de limpieza, ejerciendo la labor de maternaje ya mencionada, ya que ellas los atienden en cualquier necesidad que tuvieran, tratando que ellos aprendan a atenderse solos. En ese sentido para nosotros, esta labor sería lo más importante de todas las terapias impartidas ya que en general éstas, según las propias palabras de la psicóloga van encaminadas a eliminar ciertas conductas autísticas de inicio, pero no propiamente a quitar el síndrome.

También se le preguntó acerca de aquello que se estaría reforzando en las terapias, es decir, cuáles procesos cognoscitivos, a lo que se nos contestó que no se sabe con certeza, sino hasta después de tiempo se ven los avances logrados en la conducta. Respecto a esto, todo lo que se denomina avance o retraso, siempre va encaminado a meros síntomas, nunca a una cura del autismo como tal.

Nos habló también acerca de su propio sentir al ver a los niños en éste estado, manifestando que le llegaba a afectar la problemática de éstos, mencionando casos que le fueron significativos. A pesar de esto, al preguntarle sobre su propia conceptualización del autismo, reafirmó lo que ya se había señalado anteriormente, es decir, que el autismo tiene necesariamente una causa orgánica, la cual no se sabe donde está pero en la base de todo autista debe haber un factor orgánico que la desencadene. De ésta manera, nosotros pensamos que el hospital toma a la enfermedad desde su propio punto de vista y no desde las necesidades del niño dando pauta así a una manera sutil pero franca de ir formando la enfermedad y los enfermos que ella necesita, en razón de su propia existencia y sin tomar en cuenta el sufrimiento de los niños. Para nosotros, precisamente lo más importante es comprender al niño y su enfermedad pues hemos observado que no es verdad que el niño no ve y no escucha sino que él mismo escoge el canal de comunicación el cual es reprimido inmediatamente; al decir de la misma psicóloga, si al niño le gusta dibujar y llegando a la terapia quiere dibujar se le dice que primero debe hacer otras labores concernientes a la terapia, la cual es implantada en base al criterio de las terapeutas quienes pueden escoger entre varios juegos para aplicarle al niño. Pensamos que en verdad deben existir programas para reforzar su atención, sin embargo el trabajo de terapia se ve incompleto al faltarle totalmente la interpretación de

los contenidos de los trabajos de los niños y al no respetar y, desde nuestro punto de vista, desperdiciar la forma en que el niño desea comunicarse. A éste respecto y retomando lo que dice Pichón-Rivière en "El Proceso Creador" encontramos que la interpretación de un trabajo manual tiene la finalidad de encontrar en lo dibujado aquello inconsciente que queda plasmado en ese objeto estético y que un niño psicótico, si observamos el desorden en que se expresa al dibujar podríamos pensar que sus fantasías inconscientes están en un estado de destrucción que el terapeuta debe saber manejar para reconstruirlas y así dar al niño la seguridad de que está siendo tomado en cuenta como una persona, sensación que creemos le ayudará a sentir que ha nacido. Al referirnos el niño autista como alguien que no ha nacido estamos haciendo alusión a Margaret Mahler donde nos habla de las psicosis infantiles como una grave distorsión o falta de la relación simbiótica de la madre con el recién nacido, entonces tomando en cuenta que la Psicosis es una regresión a una etapa más fácil de sobrellevar, tenemos que el niño autista se concibe a sí mismo en el útero materno, siendo su individuación defectuosa o ausente dependiendo del grado de regresión.

Como podemos ver el enfoque dialéctico del Autismo Infantil abarca una complicada red de relaciones entre el niño y su ambiente. Al percatarnos de que el enfoque institucional ofrece una visión superficial y distante del Autismo Infantil, decidimos visitar otras instituciones, como el Centro de Autismo, dependiente de la SEP, es importante aclarar que las instalaciones son nuevas debido al cambio de ubicación que están llevando a cabo a la fecha. Las terapeutas que trabajan en éste proyecto, las conocimos en una visita común al Hospital Psiquiátrico, manifestando que era la primera vez que veían niños autistas.

Sostuvimos una entrevista con la Directora del Centro, la cual daba una imagen de directora de escuela primaria y no de una persona en cuyas manos se está depositando la responsabilidad de dirigir un proyecto tan complejo como lo es el tratamiento del niño autista, lo anterior lo confirmamos cuando ella misma nos dejó entrever en la entrevista una incapacidad para ser directora del centro, ya que de pronto recibió su nombramiento para desempeñar tal cargo con indicaciones de presentarse en una fecha determinada. Es aquí donde es claro percibir el burocratismo que se está dando al otorgar un nombramiento por medio de escalafón.

Sin embargo, esto es poco cuando al ahondar en la entrevista descubrimos que existe una confusión en el conocimiento del Autismo, en éste caso, la confusión es aún más grave. La directora no sabe a ciencia cierta el desarrollo y características básicas del padecimiento, sólo tiene una que otra "idea" al respecto. En cuanto al personal, apenas se están informando sobre el Autismo Infantil mediante una bibliografía por demás raquítica. Las psicólogas que, según palabras de la directora, han tenido experiencia con éstos niños estaban ausentes por un permiso llevándose todo el material de los niños: expedientes, cuestionarios, etc. La directora no contaba absolutamente con nada de éste material expresando su desconcierto ante su proceder futuro, dándonos la impresión de ser totalmente incierto. Sin embargo, hablaba de implantar terapias en las que los niños pudieran desarrollar su comunicación (con base a un enfoque de Aceptación-Comunicación, del cual no nos proporcionó mayor detalle), se invitarán a los padres de familia para una mayor cooperación, no ahondando más ya que estaban en proceso de discusión las demás terapias de las cuales pudieran partir como base. Pero, ¿partir de dónde? si ni siquiera se sabe lo que se está haciendo, la directora del Centro carece de una total experiencia al respecto, pero eso sí, nos proporcionó unas copias de la tabla

de diagnóstico en donde confrontaban las conductas de los niños para saber que grado de autismo tenían. Las deficiencias están mucho más evidentes en éste centro que en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

Creemos que, empezando por la Directora, no existe una verdadera conciencia de lo que representa trabajar con éste tipo de niños en cuyas manos los papás depositan su confianza teniendo la falsa creencia de que es ahí donde sus hijos recibirán el tratamiento y cuidados adecuados.

Conforme a esto, nosotras pensamos que el Autismo Infantil no ha sido estudiado ni tratado adecuadamente en México y que en éstas dos instituciones impera una "preocupación" sobre a que le ven a dar la etiqueta de Autismo, aunque no podemos negar que de alguna manera se le da atención a éste problema.

Una vez más nos preguntamos ¿Qué hace el psicólogo ante éstas circunstancias?, parece que nos encontramos ante una respuesta vacía pues lo único a lo que se dedican es a dar terapias sin ir más allá, creyendo con esto estar cumpliendo su rol de psicólogo. No hay un verdadero involucramiento en el problema.

Como se puede ver, de lo que hemos expuesto no encontramos en ninguno de los centros un verdadero apoyo psicoterapéutico para ayudar a los niños a salir de la psicosis, más aún, falta el conocimiento verdadero del Autismo y sus causas. En la búsqueda de alguna otra alternativa que nos pareciera más satisfactoria decidimos hablar con el autor del libro "No veo, no oigo, no hablo" Dr. Michelle Zappella, cuyo enfoque teórico es el Sistémico, ya que pensamos que tanto el psicólogo como el psiquiatra no deben cerrarse a un solo enfoque, que en nuestro caso sería el Psicoanalítico, sino precisa-

mente en base a cada niño tener una gama de posibilidades de intervención.

Este enfoque mencionado tiene como objetivo el analizar al grupo familiar en el cual se encuentra el niño autista e identificar el canal de comunicación entre el niño y su familia, es decir, que se hable todo lo que no se ha dicho expresamente, primeramente entre el padre, la madre y el niño y posteriormente, si hay hermanos, con ellos. Para Zappella, en éste canal de comunicación debe materializarse la agresividad y rabia que el niño en un primer momento percibió de la realidad y lo llevaron a encerrarse autísticamente. Es decir, lo fundamental es que el niño verbalice éstos sentimientos y los diga a quien realmente van dirigidos, que en muchos de los casos atendidos por éste doctor, es la madre.

Es importante señalar que aunque se lee muy sencillo, es todo un proceso en donde primeramente la familia debe estar consciente de que el niño presenta un Autismo y que entre todos le van a ayudar a salir de él y que tal vez dure años, siendo un proceso doloroso.

Queremos concluir que el Autismo Infantil para nosotros no tiene una solución sencilla implementada con una o dos terapias de tipo pedagógico a las cuales se enfocan las instituciones que visitamos sino que proponemos un enfoque psicosocial con una visión integral del problema, considerando las relaciones complejas intrafamiliares que pueda tener además de las contradicciones subyacentes del contexto social en el que se desenvuelve el niño y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bettelheim, B. La Fortaleza Vacía, Ed. Lara, Barcelona, 1987.
- 2.- Canghilem, George. Lo Normal y lo Patológico, Ed. S. XXI.
- 3.- Carusso, Igor. Aspectos sociales del psicoanálisis., Ed. Nueva Visión. Méx.
- 4.- Diatkine, R. y Simon J. El Psicoanálisis Precoz, Ed. S. XXI., Méx. 1975
- 5.- DiGiorgi, Piero. El Niño y sus Instituciones, Ed. Roca, Méx. 1975.
- 6.- Doltó, Françoise. Seminario de Psicoanálisis de Niños, Ed. S. XXI.
- 7.- Escotto, Jorge. El Autismo Infantil. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico y tratamiento. Gaceta Médica de México, Vol. 127, N° 6 (1991).
- 8.- Freud, Anna. El Yo y sus Mecanismos de Defensa. Ed. Paidós, Méx.

- 9.- Freud, Sigmund. Psicología de las Masas y Análisis del Yo. Obras completas Tomo II. Ed. Biblioteca Nueva, México, 1981.
- 10.- Freud, Sigmund. Neurosis y Psicosis. Obras completas Tomo III. Biblioteca Nueva, Méx., 1981.
- 11.- Foucault., Michel. El Nacimiento de la Clínica, Ed. S. XXI.
- 12.- Klein, Melanie. Obras completas, Ed. Paidós, T. I y II.
- 13.- Ledoux, Michel. Concepciones Psicoanalíticas de la Psicosis Infantil. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- 14.- Mahler, Margaret. Simbiosis Humana: Las vicisitudes de la Individuación. Ed. Joaquín Mortíz, Méx. 1972.
- 15.- Marcos, Sylvia. Compiladora. Manicomios Y Prisiones, Ed. Red, Mex. 1983.
- 16.- Martini, Claudio. El fin del Manicomio. Ed. Nueva Sociología.
- 17.- Paluzny, M., Autismo, Ed. Trillas, Mex. 1991.

- 18.- Pichón Rivière, Enrique. La Psiquiatría, una Nueva Problemática. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. T. I, II y III. Ed. Nueva Vision. Buenos Aires. 1980.
- 19.- Pichón Rivière, E. Teoría del Vínculo, Ed. Nueva Visión.
- 20.- Sánchez Azuara, Ma. Elena. Antología de Socialización II, UAM-I, 1992.

ANEXO I

DIARIO DE CAMPO

1 de septiembre de 1993: Primera visita al Hospital Psiquiátrico Infantil. Plática personal con la Psicóloga encargada del grupo de niños autistas, la cual nos informó el procedimiento burocrático a seguir para lograr el acceso al Hospital de Día. Dicho procedimiento consistiría en concertar una cita con el Subdirector Médico, la cual se confirmó para el 21 de septiembre.

21 de septiembre de 1993: Entrevista con el Subdirector Médico, al cual presentamos nuestro proyecto de investigación "El Autismo Infantil, un enfoque Psicosocial", quien al escuchar dicha orientación teórica inmediatamente rechazó el proyecto y con ello la posibilidad de asistir regularmente con los niños.

Las razones que nos dió fueron que la teoría Psicoanalítica es ya obsoleta e inadecuada para el tratamiento del Autismo, exponiéndonos su punto de vista situado en el modelo médico-organicista que utiliza criterios biológicos-hereditarios, utilizando sólo algunos autores psicoanalíticos como Mahler en el proceso de diagnóstico quedando eliminada la etiología del problema, es decir, siguiendo un enfoque meramente conductual en el tratamiento terapéutico que solamente ira encaminado a lograr la adaptación del niño autista

Al darnos cuenta del enfoque institucional nos vimos en la necesidad de cambiar provisionalmente el proyecto de investigación con el fin de presentarlo de acuerdo a los objetivos de la Institución.

En esta misma sesión surgió la propuesta por parte del Subdirector Médico, para asistir al curso psiquiátrico impartido por él mismo, llevándose a cabo todos los sábados en el aula del Hospital. Otra propuesta fue la facilitación de bibliografía actualizada sobre el tratamiento del Autismo y en base a lo anterior reformular el proyecto de investigación ya que de esto dependía nuestra aceptación como observadoras en el Hospital de Día.

25 de septiembre de 1993: Primera asistencia al curso psiquiátrico.

El tema visto fue sobre la Psicosis definida como alteración del pensamiento, un hecho importante mencionado fue que antes de los cinco años no se puede hablar de ningún tipo de psicosis, ya que el pensamiento no está estructurado en su totalidad y por lo tanto no se puede perder, así, entramos en contradicción con nuestros previos conocimientos sobre el tema de la Psicosis Infantil como un problema de la simbiosis humana (Mahler) o como un problema en los lazos afectivos madre-hijo (Klein), quedándonos claro el enfoque psiquiátrico del problema.

28 de septiembre de 1993: Fuimos citadas con el fin de proporcionarnos la bibliografía correspondiente la cual no nos fue otorgada, con cita para un nuevo día.

30 de septiembre de 1993: Asistencia al Hospital para llevar una carta dirigida al Director del Hospital, cuyo contenido se refería a la

agilización de los trámites para nuestra entrada al Hospital, no recibiéndonos personalmente, teniendo que dejar la carta con su secretaria.

2 de octubre de 1993: Segunda sesión del curso. Se volvió a hacer énfasis en la definición de la Psicosis como alteración del pensamiento y en el conocimiento de éstas alteraciones en el adulto para poder diferenciarlas de las infantiles para entenderla mejor. Además, se estudiaron otras alteraciones como la Esquizofrenia Catatónica y la Paranoia.

5 de octubre de 1993: Entrevistas con el Subdirector Médico, para proporcionarle nuestro proyecto ya reformulado, ese mismo día se nos otorgó el permiso de asistir el miércoles 13 de octubre durante todo el día como observadoras del grupo de niños autistas.

6 de octubre de 1993: Cita con la Dra. encargada del Departamento de Enseñanza e Investigación para realizar el trámite formal en la cual se propuso la revisión del proyecto ya reformulado haciendo la aclaración de que éste tenía que estar dentro de los lineamientos de la Institución, también se nos pidió el objetivo de realizar prácticas de observación con los niños autistas, aclarando que el interés radicaba en el proceso de socialización apoyándonos únicamente en la observación. Esta a su vez nos remitió con otra Psicóloga, la cual también nos interrogó ampliamente sobre el proyecto quedando de resolver la aceptación en el Hospital, el viernes siguiente.

8 de octubre de 1993: Entrevista con otra Psicóloga, la cual finalmente nos propuso en base al proyecto dos alternativas: Una, prácticas clínicas durante seis meses cuatro horas diarias o una sola visita guiada por el

Hospital de Día. Nuestra resolución fue no persistir más en éste trámite ya que se nos había otorgado anteriormente un día fijo para asistir.

9 de octubre de 1993: Tercera asistencia al curso, tratándose conceptos importantes como el temperamento, el carácter y la personalidad para comprender los trastornos infantiles, así como los mecanismos de defensa.

13 de octubre de 1993: Primer día de observación en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

Hora de Llegada 8:00 A.M. Salida 2:00 P.M.

Llegamos directamente al comedor donde vimos a los niños sentados a la mesa esperando que les sirvieran el desayuno.

La enfermera que está al cuidado de los niños le parte a cada uno su carne y le da de comer en la boca sólo a Rosy, una niña que es autista, tiene retraso mental y síndrome de Down. Esta niña vive absolutamente en su mundo, no habla, ni balbucea, es la única en el grupo que no se comunica absolutamente para nada tampoco fija la mirada, lleva guantes de tela para no lastimarse las manos cuando se las muerde, no escucha ni entiende, no capta nada de lo que se le dice, sin embargo su expresión es de contento, la enfermera nos explicó que estaba contenta porque le estaban dando de comer, porque cuando tenía hambre hacía un gran "berrinche". Los demás niños, en el orden en que nos fajamos en ellos son:

Caro: una nena de aproximadamente 4 años, fija bien la mirada cuando se le habla, entiende lo que se le dice y casi habla correctamente. Ella repite mucho "No, no quiero, no me gusta". Desayunó poco, casi sin ganas y pensamos que de verdad no quería y que no le gustaba la comida, después nos dimos cuenta de que era una frase estereotipada, porque para toda actividad repite lo mismo.

Carlos: es un niño de aproximadamente 11 años, nuestro encuentro con él fue cuando al salir del salón de enfermería llegaba Carlos con su papá, llegaron tarde. el papá hablaba demasiado apresurado parecía que tenía prisa, se quejaba de que el cajero del Hospital nunca tenía cambio, se veía molesto, inmediatamente pensamos que tenía que ir a trabajar y se le hacía tarde, nos llevamos a Carlos del brazo al comedor, la expresión del niño es de tranquilidad en general, fija la mirada cuando se le habla, pero sólo entiende algunas veces, no habla, sólo balbucea algunas palabras que escucha en su casa, para nuestro asombro éstas palabras son groserías y frases como "ya muérete guey". Eventualmente mueve sus manos estereotipadamente siempre con los dedos rectos y tensos encontrándose una mano con la otra por el frente a la altura del pecho. Comió más o menos bien porque le dieron chile, le gusta y así lo pide "Chilito, ¿Ah?" la enfermera le dosifica la gratificación sí no come no le dan chile y él no come sin chile, ésta situación nos causó ansiedad, sirviéndole una buena rebanada de chile, casi terminando de comer. Pudimos observar también que a Carlos le causa ansiedad que se le diga: "Ya nos vamos", y "Ya no vas a comer" (así le dice la enfermera para que coma), entonces él rodea su plato con los brazos y balbucea que va a comer. Así lo anima a comer en dos o tres ocasiones pero él no come hasta que se le de el "chilito".

Luisito: es un niño de aproximadamente 9 años, éste niño come muy bien, tanto que su mamá pidió que no le dieran atole ni pan en el desayuno, es muy cariñoso, apenas nos vió pasar junto a él nos rodea a cada una con sus brazos, balbucea, no habla, entiende lo que se le dice pero sí no quiere no hace lo que se le pide. Su mirada permanece generalmente hacia arriba, sin mirar nada, en momentos pequeños fija la mirada cuando se le habla pero inmediatamente ésta vuelve hacia arriba.

Pepito: es un niño muy vivaz, parece ser que no tiene absolutamente nada, come bien, entiende perfectamente lo que se le dice y siempre obedece, cuando llegamos se dió cuenta, nos mira y sonrío, éste niño siempre tiene la cara feliz, nos fijamos que él era el niño que mejor aseado iba. Tiene aproximadamente 6 o 7 años.

A la mesa también estaba sentada Susi, una niña de aproximadamente 11 años que casi no habla, tiene actitudes de retraimiento como timidez, come bien, entiende lo que se le dice y obedece.

Como a las nueve de la mañana llegó Paco, un niño que al vernos se va hasta un rincón, no nos quiere ver, nos esquiva la mirada tapándose la cara con su brazo y grita "¡NO!" la enfermera nos explica que cuando ve gente extraña siempre se comporta así.

Nuestra plática con la enfermera fue amistosa, ella nos informó de los padres de los niños, nos platicó que el padre de Carlos era alcohólico y que en ocasiones llegaba oliendo a vino. Le preguntó al niño: "¿A dónde te llevaron Carlos? que parece que vienes crudo", entonces nos fijamos que el

niño iba con ropa sucia y despeinado, sin lavarse la cara, muy descuidado, sus zapatos, unos "choclos" gastados sin bolear, les habían hecho un orificio en la parte superior del talón por donde pasaban unas agujetas (cada pie de diferente color) para amarrarselas al tobillo. La enfermera también nos platicó que la madre de Carlos, lo amarraba, lo maltrataba mucho de pequeño hasta que lo abandonó, que el padre de joven había sido adicto a la marihuana. Entonces pensamos en que si la psicosis es una regresión a etapas en que las defensas del Yo eran más eficaces, la regresión de éste niño fue a etapas muy tempranas de su desarrollo, y pensamos que se comporta como un niño de entre 2 y 4 años de edad ya que se mantiene equilibradamente parado, camina bien, pero no habla y como se mencionó antes, mueve estereotipadamente sus dedos como un niño pequeño.

La enfermera nos decía que si observáramos a las mamás veríamos que cada una tenía "algo" como "algo raro" que ella no sabía explicar. De Caro nos decía que su madre era francesa y que tenía padrastro, de la madre de Luis ese "algo" seguía encubierto sin conocerse, misteriosamente de la madre de Rosy igual y así cada uno de los niños. Excepto Pepito que no era del todo autista sino que sólo tenía rasgos, sus padres se habían separado y un tiempo la pasaba con su madre muy bien, lo llevaban bien aseado al Hospital y cuando le tocaba estar con su padre y su madrastra, lo llevaba descuidado, sin asear, ésta señora repetía según decía la enfermera constantemente que quería mucho a Pepito y nosotros comprendimos que era una formación reactiva.

Al terminar de desayunar, la enfermera y su ayudante llevaron a los niños al salón de enfermería pasando antes por el baño para que se

lavarán los dientes e hicieran sus necesidades. En el salón de enfermería los peina y los arregla para que se los lleven a sus diferentes terapias.

La primera terapia que nos tocó ver fue la de lenguaje con Pepito, era un cubículo pequeño, donde sólo cabían dos mesitas pequeñas y cuatro sillitas, ahí estábamos la terapeuta, Pepito, otro niño y nosotras. La terapeuta dejó que Pepito armara solo cuatro rompecabezas de piezas de goma grandes y al terminar le dió un bote que contenía fichas de cuatro colores diferentes y cuatro agujetas de los mismos colores de las fichas, el niño tenía que ensartar las fichas de un mismo color en la agujeta del color igual hasta terminar con los cuatro colores diferentes, al terminar le dieron otro frasco con otro juego de fichas y agujetas, no necesitó que le dieran ninguna orden, el ya sabía qué hacer. La terapia transcurrió en silencio para Pepito, porque la terapeuta estaba ocupada con el otro niño. La duración de la terapia fue de 30 minutos.

Al terminar salimos con Pepito de ahí para pasar de nuevo al salón de enfermería. La enfermera seguía peinando y arreglando a los niños. En seguida pasamos al salón de Terapia Ambiental, éste es un salón grande; la luz del sol entra por las grandes ventanas que tiene orientadas hacia donde sale el sol, ahí había cuatro o cinco mesitas para niños y muchas sillitas con varios estantes pegados a la pared. En una mesita había dos niños y dos terapeutas, en otra un niño y una terapeuta y en otra un niño y otra terapeuta. Ahí nos dimos cuenta que estaba otro niño en el que no nos habíamos fijado o que acababa de llegar, era Memo, no tuvimos tiempo de fijarnos en su características hasta en otra terapia después.

En Terapia Ambiental, nos sentamos donde estaba sentada Caro con una terapeuta que daba la apariencia de fastidio o impaciencia. De un estante sacó un juego de tarjetas que venían en una cajita. Esas tarjetas eran de forma rectangular, estilo fichas de dominó, aproximadamente de diez centímetros de largo y cinco de ancho. En el lado izquierdo de cada tarjeta había impresa una figura y en el lado derecho estaba impreso en inglés el nombre de la figura. La terapeuta le preguntaba a Caro "¿Qué es esto?" y Caro debía contestar lo que era o lo más próximo a lo que era la figura. Observamos que Caro no quería trabajar y que en muchas ocasiones no sabía que figura era. Cuando la terapeuta pasaba unas 10 tarjetas, las acomodaba en la mesita y le pedía a Caro que le diera las figuras que iba nombrando, en ésta fase del ejercicio la niña se confundía más, pudimos observar cierto temor en la actitud de la niña, y como ya mencionarnos ella siempre repetía "No quiero, no me gusta" y cuando no quería seguir haciendo la actividad aunque no lo mencionara, al menor ademán de falta de atención era obligada a continuar. Observamos también en un momento de la terapia algo interesante en la niña, al momento que tenía que reconocer en las tarjetas a un niño o a un papá con un niño, una niña o la mamá con la niña todo lo hizo bien excepto al preguntarle de la mamá con la niña, la pregunta fue: "¿Quiénes son?" y Caro dijo "Una niña".

Pregunta: "¿Con quién está la niña Caro?" Caro no supo decir con quién estaba la niña. Ella señalaba la figura de la mamá con el dedo, la encerraba en un círculo imaginario con su dedo. En ese momento la terapeuta terminó un hecho que pudo tener tanta riqueza diciendo "¡Es su mamá, Caro, es su mamá!" y Caro repetía sin expresión "mamá", en seguida se pasó a otra tarjeta.

En una de las otras mesitas estaba Luisito armando un rompecabezas, éste no quería o tenía muchísima flojera, se tardó mucho porque además él siempre mira hacia arriba, éste rompecabezas era de madera y de figuras grandes pero un poco más pequeñas que los anteriores rompecabezas que habíamos visto, pareciéndonos que era un poquito más complicado.

En otra de las mesas estaban Pepito y Paco armando rompecabezas de goma con figuras grandes y metiendo fichas en agujetas como en la terapia anterior. Entonces nos fijamos en Paco, armó perfectamente los rompecabezas e igual realizó el trabajo con las fichas. El repite constantemente los comerciales con las mismas palabras y la misma entonación, los de bancos y los de solidaridad son los que le gustan, tiene apego a dos objetos: unos lentes con un estuche y un llavero, inmediatamente recordamos que éstas son características típicas del Autismo. Cuando el niño terminó su terapia y se fue había olvidado los lentes y se regresó corriendo por ellos con cierta ansiedad nos pareció que las terapeutas no se percataban de la importancia de éste hecho ya que sólo se rieron. Pepito realizó sus actividades sin ningún problema. Las terapeutas discutían de si los niños "les tocaban" a ellas o no.

En seguida fuimos de nuevo al salón de enfermería y de ahí a Fisioterapia, era un salón bastante amplio del tamaño de un patio escolar, en un rincón del salón está una casita de plástico de juguete de buen tamaño de forma cúbica. Los niños iniciaron con ejercicios de calentamiento de pies, caminando en círculos en puntas y talón con movimientos de brazos. Pudimos observar que Carlos difícilmente realizaba la rutina, siempre se metía a la casita y ahí se quedaba, si no se le decía nada. Caro casi no trabajaba "no quería y no le gustaba". A Rosy casi había que cargarla para que realizara sus

ejercicios, preferíamos que no hiciera nada. Paco y Pepito se la pasaban juntos, eran de los más animosos, Paco no soltaba sus lentes, su llavero y ahora tampoco soltaba a Pepito, en un momento una de nosotras quiso darle la mano, apenas lo rozó y se dió cuenta, retiró su mano inmediatamente y dijo "¡No!" con un gesto como de enojo en la cara.

Memo, el niño que para nosotros era nuevo se portaba muy juguetero, casi no habla, pero repite lo que se le dice, cada orden, cada palabra, cuando se enoja y agrede lo hace mordiendo, mordió a otro niño quien molesto pidió a una de nosotras que le pegara a Memo. Otra forma de agredir es encajando la barbilla, al momento que lo hizo en la mano de una de nosotras la enfermera lo regañó y le dijo "¡No Memo!, eso duele mira..." entonces ella le encajó su barbilla en su mano al niño. Así logró que éste no siguiera agrediendo. En general su aspecto era de alegría.

Luis nos daba la impresión de que tenía muchísima flojera porque apenas se le dejaba un momento se iba a acostar, una de nosotras fue, lo levantó y le dijo "Luis, ven vamos a hacer los ejercicios" y él únicamente la abrazaba y no escuchaba mirando hacia arriba, su actitud era de no querer hacer nada. La enfermera obligándolo logró que hiciera ejercicio un rato pero luego volvió a lo mismo.

En ésta terapia la enfermera dirigía con más eficacia que la terapeuta ya que ésta hacía los ejercicios sin fijarse que sucedía con los niños, solamente Susy los hacía con ella, los niños Paco y Pepito también la seguían entre sus juegos. Esta terapia duró dos horas, al terminar los llevaron en grupo a un jardín grande que está a un lado del edificio donde están los pabellones detro del mismo Hospital, los niños juegan como cualquier otro niño excepto Luis, quien llegando al jardín corre y se aísla del grupo, nos explica la

enfermera que siempre es así, que él busca siempre otro espacio, el suyo propio para estar solo. En éste lugar estuvimos aproximadamente hasta la 1:30 horas. A las 2:00 de la tarde los llevaron al comedor, previamente los llevan al baño a que hagan sus necesidades y se laven las manos. En el comedor, sentados a la mesa, les sirven previamente partida su carne, todos comen bien excepto Luis que hoy no quiere comer nada. Y Paco que no come nada hasta que no lo lleven a su casa.

A ésta hora tuvimos que dejar el Hospital concluyendo así nuestra primera visita.

15 de octubre de 1993: Segundo día de observación en el Hospital Psiquiátrico Infantil

Hora de Llegada 1:00 P.M. Hora de Salida 5:00 P.M.

Llegamos a la hora en que los niños son llevados a comer, se sientan a la mesa sin problema. Sólo a Rosy le dan de comer en la boca y Luis no quiere comer. Al terminar son llevados al baño a lavarse los dientes y hacer sus necesidades, de ahí son llevados a la enfermería a cambiarse de ropa. La enfermería es un salón de aproximadamente 4 por 3 metros, tiene un ventanal que dá a un jardín, dos mesas de poca altura, dos o tres sillitas para los niños y una silla grande, tiene un repisero de metal donde los papás de los niños acomodan la mochila donde llevan la muda de ropa para la segunda mitad del día, al lado derecho de la puerta se encuentra un estante donde se guardan cosas que no hemos visto que saquen, suponemos que guardan material de trabajo para los niños, ahí también guardan un botecito que

contiene cepillos, peines, pasadores y bolitas para peinar a las niñas. En este cuarto, niñas y niños son cambiados por la enfermera. En éste momento hay un poco de escandalo porque ésta les grita para darles ordenes (ella dice que de otro modo no entienden), ya que algunos pueden quitarse la ropa y ella les ayuda a ponerse la ropa limpia, sólo a Rosy hay que ayudarla completamente para todo.

Este día obtuvieron permiso de observar cinco maestras de Educación Especial que estaban paradas junto al ventanal, nosotras tres estabamos dipersas en el cuarto, aquello daba la impresion de ser una ruidosa fiesta. A los niños les molesta el ruido, y se inquietan muctio. Luisito en un momento se tapó los oídos con sus manos y comenzó a llorar. Una de nosotras lo sacó al jardín, cuando se tranquilizó lo llevó de regreso al salón.

Cuando llegaron las terapeutas del turno vespertino, en seguida los sacaron al jardín, ellas tienen divididos a los niños según como creyeron tenían aptitudes para atenderlos, grandes o chicos, niños o niñas, y según su grado de indiferencia, teniendo cada una a su cargo dos o tres niños. La indiferencia es un concepto muy usado en el Hospital como característica principal de los niños autistas.

A éste horario vespertino llegaron otros niños: Gloria de 18 años, Ana de 11 y Manuel de 18. Las terapeutas los llevaron a caminar sobre una barda muy larga como de 50 cm de alta y unos 30 cm. de ancha por 30 mts. de largo. Los niños tienen que caminar sobre ésta barda primero al frente y después de costado dando los pasos hacia la izquierda, después en cuclillas. En éste ejercicio todos los niños deben participar aunque hay algunos que no muestran ganas de hacerlo como Caro, Luisito y Rosy, pero de todos modos

son obligados a hacer el ejercicio, en la cara de Caro se puede percibir cierto temor pues es obligada a trabajar y Luisito parecía tener mucha flojera.

Pudimos observar en Gloria (la niña de 18 años) un estereotipo muy interesante, mantenía cerrados los ojos y las manos en puño tapándolos en actitud de un niño pequeño cuando llora, ésto le dificultaba bastante el caminar por la barda, la terapeuta que la tenía a su cargo, le daba ordenes en voz alta y firme para que ella por un segundo abriera los ojos y se los destapara.

Otra de las niñas que presentó problemas para hacer el ejercicio fue Rosy, no se mostró cooperativa dejándose caer en todo momento.

Al platicar con las terapeutas nos dimos cuenta una vez más que su enfoque era psicopedagógico y que lo único que perseguían con sus terapias era reforzar alguno de los procesos cognoscitivos de los niños así como lograr integrarlos en un grupo por demás extraño, a través de festivales parecidos a los de un jardín de niños. La conversación con las maestras visitantes de ese día, que después veríamos en el Centro de Autismo de la SEP nos dejó entrever que no sabían nada del problema y que estaban notablemente influidas por las ideas cognoscitivistas así como por la opinión del Subdirector Médico respecto del problema.

Terminó así nuestra segunda visita al Hospital.

20 de octubre de 1993: Tercer día de observaciones en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

Hora de llegada: 2:00 P.M. Hora de Salida: 5,00 P.M.

Llegamos cuando los niños estaban comiendo. En esos momentos estaba una practicante, la cual a nuestro parecer, no tuvo la suficiente paciencia, especialmente con Rosy, quien se desesperó. Estaban los mismos niños del primer día de observaciones.

La enfermera fué quien tuvo que darle de terminar de comer, pues la niña prácticamente la demandaba a ella.

Al terminar, pasan a lavarse los dientes para después cambiarse de ropa. En esa hora llegaron Manuel y Gloria, los chicos adolescentes. Después de comer los niños son cambiados totalmente de ropa, inclusive de ropa interior, esto se realiza en el salón de enfermería, que resulta pequeño para todos los niños, ya que ahí se cambian a todos por igual: chicos y grandes, niños y niñas, el espacio además de ser bastante reducido no hay un orden, todos los niños son cambiados al mismo tiempo.

Esto da lugar a que los chicos más grandes estén en una situación que les inquieta ya que su libido está dispersa y se ha manifestado ya, en la masturbación, hecho que supimos por propias palabras del Subdirector Médico. De tal forma, que resulta obvio que el adolescente presente conductas diferentes a los demás niños, por ejemplo, se acercaba a nosotras o a la enfermera, para darnos un beso en el hombro e incluso mordía. Esto jamás lo hizo con algún pequeñito, sólo con nosotras.

La primera terapia que tuvieron los niños fue la de Psicomotricidad, en el jardín ya descrito. Esta terapia duró aproximadamente de 45

minutos a 1 hora, al llevarlos de regreso al salón de enfermería, observamos que Memo y su terapeuta forcejeaban, Memo estaba haciendo berrinche, pensamos que era lógico, pues se podía percibir incomodidad en los niños por los gritos de las terapeutas. Ya adentro del plantel, nos dividieron a las observantes en los diferentes salones donde se imparten las terapias. A dos de nosotras, nos tocó observar a Ana, quien tiene como estereotipo el de repetir con voz fina "¡Que no!". Ana se veía contenta, sonreía muy seguido, la terapeuta entabló comunicación con nosotras, nos dijo que estaba haciendo su servicio social, era pasante del Instituto de Neurolingüística y que con Ana había trabajado con distintos materiales para ayudarla a percibir lo suave, lo áspero e incluso lo muy áspero, ésto lo logró ejercitándola con varios cuadritos de madera de aproximadamente 15 cm. por lado, uno de ellos lijado y pintado, otro llevaba mecate pegado, otro corcholatas pegadas con lo áspero hacia arriba, etc. Además de ésto había logrado que la niña hiciera diversos trabajos manuales como recortar, pintar, pegar, etc. En ese momento su trabajo era hacer que la niña pegara y extendiera bolitas pequeñas de plastilina sobre un papel donde previamente había dibujado el contorno de sus manos con el fin de que percibiera límites, éste objetivo no se logró, pues ella pegó la plastilina del centro de la figura a los extremos sin fijarse en los límites y la forma de los dedos. Al terminar esta actividad la terapeuta le dió a la niña en una hoja tamaño carta donde tenía impresa una estrella, se trataba de que la niña vaciara sobre la estrella gotas de resistol y luego las extendiera sin rebasar las líneas del dibujo, rociando diamantina sobre el papel. Esta tarea la realizó con más éxito que la anterior. Mientras que la niña trabajaba, sonreía y decía "¡Que no!" con voz fina la terapeuta nos comentó que el Subdirector Médico no le daba posibilidades de cura a la niña pues le había diagnosticado además de Autismo, Psicosis (ya que presentaba delirios) entonces lo más que se podía hacer con ella era ayudarla a valerse por sí

misma, a decir de la terapeuta, la niña había llegado en condiciones deplorables y lo que observábamos en ella eran grandes avances.

Ante todo esto nos cuestionamos qué pensaría el Subdirector Médico sobre qué era Autismo y Psicosis, concibiéndolas como entidades separadas. También pensamos si con terapias psicopedagógicas había tenido logros, se podría esperar mucho más con psicoterapia.

Al terminar éstas labores que duraron aproximadamente 1 hora y media, la terapeuta sacó a Ana al jardín por treinta minutos, al termino se la llevó al salón de enfermería porque a las cinco llegaban los papas de los niños.

A otra compañera le tocó observar a Caro y a Carlos, la terapeuta puso a ambos a recortar papel de diferentes colores teniéndolos que pegar sobre una hoja con un círculo en el centro. También les mostraban hojas con figuras geométricas y los niños debían de pegar en el lugar correcto las figuras recortadas.

Carlos no terminó su trabajo, pues se quedó dormido. Caro siguió pero hubo momentos en los cuales hacia todo mal, se veía desesperada y cansada, era obvio porque ya era muy tarde y ella es muy pequeña (cinco años, de edad). Poco despues se puso a jugar con los juguetes que tenían ahí, mientras que la terapeuta recortaba y recortaba figuras. Cerca de las 5:00 P.M., llevó a los niños a la enfermería, fueron llegando poco a poco los demás, pues ahí iban los papás por ellos.

Al llegar los papás, pusimos especial cuidado en observarlos, pues como ya dijimos, se nos mencionó que cada uno tenía "algo raro". Observamos detenidamente a la mamá de Caro, es una señora blanca delgada y con acento francés, iba acompañada de otro niño más pequeño que Caro, con apariencia normal igual que ella. Al momento de entregarle a su hija, le hicieron también entrega de sus trabajos manuales y su expresión textual fue "¡Qué bonito!, ¡Qué orgullosa estoy de tí!".

La mamá de Luisito se mostraba preocupada porque el niño hubiera comido, explicandosele que no lo había hecho pero que había desayunado muy bien.

El papá de Carlos al dirigirnos unas palabras, nos dimos cuenta que tenía aliento alcohólico.

La mamá de Rosy se veía sorprendida, tal vez de que hubiera tanta gente en el salón, se fue sin decir palabra. La mamá de Ana presentaba una sonrisa característica acartonada. Los demás papás o mamás que fueron por sus hijos se veían normales, como mamá de cualquier niño de Kinder.

Aquí terminó nuestra tercera visita al Hospital.

5 de noviembre de 1993: Este día llegamos al Hospital aproximadamente a las 8:00 A.M., a la hora en la que los niños están desayunando. Como no teníamos permiso para estar ahí, solamente le dijimos a la enfermera que nos dejara ver a los niños y ella accedió.

Al terminar de desayunar, llevan a los niños a lavarse los dientes y hacer sus necesidades. Enseguida los llevan al salón de enfermería a peinarlos, de ahí se los llevan las terapeutas a sus terapia de lenguaje y socialización.

En la terapia de Socialización nos tocó observar a Caro, Susy, Pepito y Carlos. En otra mesa estaba un niño ya grande, nuevo para nosotros, se llamaba "Gerardo", es un niño que tiene un buen uso de lenguaje, es incluso perspicaz, el estaba trabajando con la terapeuta, en un momento Gerardo exclamo "¡Aquí huele muy mal!", la terapeuta le contestó: "¡Te has de haber echado una pluma!" él respondió: "Si, en mi escuela me echo muchas"

Terapeuta: "Cochino"

Gerardo: "¿Porqué cochino?, ¿Qué tal si me duele el estomago?"

Terapeuta: "Entonces mejor vas al baño"

Gerardo: "¿Y si no me dejan?"

La terapeuta no supo que contestar.

Otra de las terapeutas nos invitó a participar en una labor de armado de rompecabezas con Pepito, en la misma mesa estaba Susy también armando rompecabezas. Caro estaba acomodando pijas en una base plástica calada y Carlos acomodaba figuras geométricas. Nos dejó con los niños a manera de que les guiáramos el ejercicio, en este momento nos preguntó que si teníamos permiso para entrar a observar, le dijimos que habíamos hablado con la psicóloga quien nos había citado ese día, pero que

ella no había llegado. En cierta forma nos reclamó no tener el permiso pero como ya estábamos ahí, pues ya ni modo.

En cuanto la terapeuta se retiró, Caro no quiso trabajar, pensamos que tal vez tendría más confianza con nosotras y por hacia lo que ella quería, pero como ya dijimos, las terapeutas obligan a los niños a trabajar, así que fué cambiada de mesa con otra terapeuta que la obligó a trabajar.

Pepito terminó su trabajo y fué llevado a otra terapia. Carlos también trabajó bien por un rato, después se fastidió y lo demostró botando todo su juego al piso, riéndose satisfecho. Al fin solo nos quedamos con Susy, poco después fue llevado otro niño a la misma mesa llamado Hugo, él es un niño que no habla, de aproximadamente 9 años, pero sus trabajos manuales los hace excelentemente bien.

La terapeuta nos dió tiras de papel crepé de colores y tijeras de punta roma para que tanto Susy como Hugo recortaran cuadritos y luego los hicieran bolitas. Ambos niños son muy obedientes, cuando a Susy se le pide que guarde una caja de rompecabezas en el estante, lo hace muy bien, por esta razón es a ella a quien las terapeutas encargan esta tarea. Mientras Susy trabaja haciendo cuadritos y bolitas, quisimos dirigirle su tarea y ella reacciona dando un manazo si alguien mete la mano en su área de trabajo, otra manera de demostrar su enojo es jalando la mano de quien la mete. Si se le dice con voz un poco alta: "No, Susy, así no", reacciona abriendo los ojos un poco más sin mirar a quien le está dando la orden, sólo a su trabajo.

Hugo trabaja bien, hace todo lo que se le pide y reacciona con una amplia sonrisa al recibir alguna felicitación por lo que hizo.

De ahí los niños fueron llevados al salón de enfermería, llevándolos posteriormente las enfermeras al jardín. Ahí nos llevamos una grata sorpresa cuando vimos que Susy abrazaba a una de nuestras compañeras, la miraba de cerca, le tocaba las pestañas, los aretes, la volvía a abrazar, la soltaba, corría a jugar y regresaba a abrazarla otra vez.

Al momento en que ella tocaba las pestañas se le decía, "Tú también tienes pestañas, mira, tócatelas", ella se las tocaba. Lo mismo pasaba cuando le tocaba los aretes a nuestra compañera, y le decía: "Tú también tienes aretes, mira, tócatelos", ella se los tocaba al mismo tiempo que decía la última sílaba "tes, tes".

En ese momento pensamos que ella trataba de reconocerse en el otro, pensamos que estaría en una etapa muy buena para iniciar Psicoterapia y nos lamentamos de que esto no pudiera ser así.

En ese momento nos tuvimos que ir, en el camino de salida nos encontramos a la Psicóloga y le pedimos que nos dejara ver algunos expedientes o sólo el de Carlos, a lo que nos contestó que no tendría mucho caso porque los elaboraban los residentes y no eran muy confiables y nos dió una cita para el 10 de noviembre.

10 de Noviembre de 1993: Llegamos aproximadamente a las 9:00 A.M., enseguida buscamos a la psicóloga, ella ya estaba ahí, salió y nos reprendió porque la vez anterior, habíamos entrado a observar sin permiso y nos dijo que teníamos que esperar un rato más.

Estando en la sala de espera, entablamos conversación con el padre de un niño autista que sólo toma dos terapias y que no está inscrito en el grupo de Hospital de Día, nos comentaba que él no sabía que hacer con su hijo, pues inicialmente al llevarlo al Hospital fue muy bien recibido, el Psiquiatra fue muy optimista a ver al niño, sin embargo después fue citado solo dos veces a la semana, para las Terapias de Lenguaje y Psicomotricidad, nos dijo que había visto algunos avances en la conducta pero que se encontraba estancado. Nos manifestaba una incertidumbre acerca del futuro de su hijo, pues en ninguna escuela era admitido. Él decía que su hijo sabía leer, pero que leía para él solo en silencio, que no sabía hacer cuentas, además de que los números no le interesaban. El niño ya debería haber ingresado a la Secundaria si fuera "normal". Manifestaba incertidumbre y temor por el futuro del niño.

En ese momento, la psicóloga llegó para dejarnos entrar a ver una terapia, ésta vez se portó muy rígida. Entramos al salón de Terapia Ambiental, ahí nos dividieron, solo dejaron entrar a dos de nosotras, a una le tocó con una de las dos terapeutas, quien dijo que no quería que se sentara cerca porque los niños se inquietaban, entonces sólo pudo observar de lejos.

A otra de nosotras, en la mesa de la psicóloga le tocó observar a Paco y a "Sergio", éste último era nuevo para nosotros, a él le gustaba tener papel para hacer tiritas las cuales guardaba como su "tesoro", la psicóloga se las quitaba y no lo dejaba hacer más tiritas hasta que armara sus rompecabezas.

Sergio como ya mencionamos, no tenía ningún problema para el armado de rompecabezas.

Posteriormente, para que una de nosotras pudiera entrar nos pusieron como condición que saliera otra de nuestras compañeras, ésta se sentó en la mesa donde estaba la psicóloga con Hugo y Sergio, Paco ya había terminado y se lo habían llevado a otra terapia. La experiencia que tuvo nuestra compañera con Hugo puso una vez más de manifiesto que el Autismo Infantil es una atrofia de los afectos, ya que se logró establecer contacto sensorial por medio de partes específicas del cuerpo del niño como oídos, brazos, manos, estomago y cabeza, recordando que la Psiquiatría atribuye la etiología del Autismo a causas orgánicas, no pudiendo el niño organizar su esquema corporal ni el de otros (al jugar con el niño y hacer cosquillas en la palma de su mano él imitaba el mismo movimiento en la palma de nuestra compañera. Esto se repitió en las partes de su cuerpo ya mencionadas, notándose en su expresión que le era agradable el sentir éste contacto).

Al terminar ésta terapia, la psicóloga nos dijo que era suficiente la observación por éste día, quedando de verla el 17 de Noviembre para que nos concediera la entrevista.

17 de Noviembre de 1993: Asistimos puntualmente a la cita con la Psicóloga pero ésta se encontraba fuera del Hospital por haber asistido junto con el Subdirector médico a un desayuno con el Regente de la ciudad. Dejamos dicho a las terapeutas que volveríamos el 24 de noviembre de 1993.

24 de noviembre de 1993: Asistimos al Hospital preparadas para realizar y grabar la entrevista a la Psicóloga encargada del grupo de niños autistas.

¿Cuáles son los objetivos principales que tiene cada terapia, por ejemplo, el armado de rompecabezas?

- Bueno miren, más bien todas las terapias que se dan a los niños autistas aquí, están englobadas dentro de lo que llamamos terapia ambiental, el objetivo principal de terapia ambiental es lograr una relación con el niño, esto nos lo propusimos desde la primera vez que vimos a los niños autistas. Como lo principal era que el niño no se comunicaba, que era muy inafectivo, que no respondía, entonces lo básico era buscar una comunicación y ésta ¿cómo se va a dar?, pues buscamos material para poderlo lograr; el material más bien sirve para lograr la atención del niño, no es tanto el propósito de que el niño haga rompecabezas o lo que ustedes están viendo, todo ese material sí lo usamos, pero más bien para que el niño nos voltee a ver, se esté sentado, ponga atención, escuche, porque el niño anda distraído sin ninguna atención a ninguna cosa lo que quiere la Terapia Ambiental es lograr la relación que primero empieza con la terapeuta, a lo mejor se relacionó mejor con alguna terapeuta y siempre esta terapeuta estará atendiendo a ese niño, porque sí vemos ¿No?, que hay niños que sintieron más simpatía o que se acercaron mejor con ella y se quedan con ese niño. Ahora, hay niños que les gusta todo lo que suene o haga algún ruido entonces buscamos, sobre todo cuando son niños pequeños, y empiezan sus primeras sesiones, traerles algún cascabel, algún sonido o campanas o algo que tenga cuerda; entonces el niño está volteando ese material se lo traemos en todas las primeras sesiones: decimos, ahorita para este niño nada más ese, ya nos

respondió con ese, que tenga algo conocido o ya traemos eso y ya terminando esto, entonces introducimos otro material, pero siempre partiendo de que el niño ya le hizo caso y una vez que ya tuvo relación con alguna de las terapeutas los pasamos a otra que va a iniciar otra cosa con él, entonces el niño ve distintas personas, primero con una, pero no tratando de que se apegue tanto, sí que le de maternaje, que juegue con él, que lo toque, que lo mire, y de esa relación va a pasar a otras, y de esa relación, a relación con otros niños. Nuestros niños que llevan mas tiempo o los que están mejor, sí se acercan a otros niños, muchas veces vemos que reacción va teniendo éste niño nuevo, digamos con el tratamiento, con los demás y a a la mamá muchas veces les decimos que observe si se está relacionando su hijo. Si está poniendo atención, obedeciendo órdenes, si está dejándose cargar, porque las mamás llegan y dicen "no, no hacen nada, no deja que se le acerque uno, no se está sentado", entonces ya con el tiempo que tiene uno trabajando ya logra ciertos objetivos, se llama a la mamá; lo ideal sería tener una cámara de Gessell, para que el niño no sienta cuando ya entró la mama y se inquiete, porque luego entra la mamá y el niño no hace lo que queríamos decir que hace.

Hemos visto que ponen mucho énfasis las terapeutas en que los niños no se distraigan.

A nosotros nos importa mucho, aunque al principio sea mecánico. Sí nos importa mucho, porque ya habiendo atención

puedes lograr que entonces, bueno ahora sí: "Ven y contéstame" o "Veme" o "Qué quieres" o "Vamos a hablar", pero si no logran su atención, o sea, por ejemplo, en modificación de conducta muchos logran esto, pero si el niño me vé entonces le doy el reforzador, no es nuestro sistema pero quizá tenga algo de parecido, pues estamos insistiendo pero a la vez reforzando aunque sea en forma verbal, cuando si nos contestan les decimos: "Ay, que bueno", "Qué lindo", "Qué bien lo haces", en esa forma, muchas veces les decimos a los que ya entienden: " Ahora que acabes vas a hacer esto que te gusta", porque llegan y ya quieren dibujar, y digo: "Ah, no", o a alguno de ellos "Sí, si vas a dibujar, pero despues, primero vas a hacer esto", aunque sea con señas y despues haces un dibujo o lo que quieras, y el mismo material nos sirve a veces como reforzador.

¿Es necesario que al niño se le hable así de fuerte?

- En momentos sí, pero nunca una rudeza de pegar o de algo, porque en algunos libros he leído de una terapia nueva, tambien conductista que decía que para que el niño atienda, se le den cachetadas y el niño, pues claro que atiende, se te vuelve a distraer y golpeas, nosotros no.

¿Estas terapias se engloban en el enfoque conductual o neoconductista?

- Nosotros no somos conductistas, nosotros las llamamos psicopedagógicas, o sea, porque muchas son de tipo de

enseñanza y lo que se está haciendo en toda la educación perceptual, los mismos programas que se llevan en un jardín de niños, como estos niños en su mayoría no van a poder ir a un jardín de niños normal, porque no los reciben o no todo el mundo tiene la paciencia de atenderlos. Algunos si podrán estar y les serviría mucho, pero por lo general, nos lo rechazan, entonces aquí buscamos tenerles actividades de jardín de niños, tenemos a una maestra de Educación Preescolar, ella le dá a los niños actividades como un jardín de niños, recreativas, empezando a tomar el lápiz, de canciones, de muchas actividades que quieren ellos se les dá y nosotros en la mañana tenemos en sí la de Terapia Ambiental. En la tarde se les da muchísimas actividades, son una cantidad de terapias y actividades que tiene el niño, pero de todo el día. Desde las 8:00 A.M., no se les deja y es lo que se ha visto que funciona, porque muchas veces, al principio cuando empezamos lo hacíamos como juego libre, observar al niño en el juego a ver que cosa espontánea había por parte del niño, pero no había nada, espontáneamente no hacían nada, no había iniciativa, no había creatividad, no sabían jugar, entonces, todo ha tenido que ser enseñado, pero a base de ser enseñado, nos hemos dado cuenta que sí aprenden, o sea, todo el tiempo, al principio parece ser mecánico lo que están aprendiendo pero al cabo del tiempo sí lo llegan a incorporar como suyo.

¿Las terapeutas tienen entrenamiento especial para el trato con los niños?

- Con el tiempo, el entrenamiento lo han tenido aquí.

¿Sobre la marcha?

- Sí, es más que nada, o sea, han tenido clases, han leído, cuando empezó esto hace como 13 años, yo ya llevo más de 14 años en el Hospital pero, autistas empezó a haber como al año y medio de que yo llegue. Al principio era una Terapia que en mucho era observar al niño y el mismo médico no sabía, o sea, decía: ¿Podemos dar medicamentos para tales conductas?. Pero vamos a ver que más podemos ofrecerles, pero hubo uno o dos niños que estuvimos teniendo así un tiempo largo y ya nos juntamos para ver que les podíamos ofrecer, fue todo lo que empezamos a hablar de qué necesitábamos ver en el niño qué canal de comunicación nos ofrecía, para poder así entrarle, o sea, porque el niño lo ve así, y no nos hace caso, no nos contesta, no nos mira, entonces buscar a base de muchos estímulos el canal de comunicación y a veces veíamos eso, que con tal persona sí se relaciona, entonces, ya que esa sea.

¿Usted también se ha formado sobre la marcha acerca del problema del Autismo?

- Si

¿Es usted Psicóloga?

- Sí, yo estudié Psicología, también estudié una especialidad en Trabajo Social Psiquiátrico y en Rehabilitación de enfermos mentales y cuando entré aquí, los niños autistas que llegaba a ver, nada más les daban medicamento, no había un tratamiento para ellos, y así se fue haciendo el programa.

¿Y nunca han considerado que si es importante la familia en alguna terapia, la participación de los papás?

- En lo que están entrando mucho ahorita, es en las fiestas a modo recreativo y está funcionando muy bien, o sea, los papás llegan muy tensos aquí, después de haber buscado en muchos lugares, de no saber ni qué es, de distintas opiniones que les han dado, llegan mal los papás, entonces nosotros primero los tratamos, les damos la evolución de como van sus hijos y ahorita a fines de noviembre empiezan todas las entrevistas con papás de todo lo que se trabajó, "Se trabajó en tales áreas y los avances fueron estos", entonces la mamá nos da un poco su versión en la casa, como esta el niño, que ha hecho y algunas propiamente tareas algo que le digamos a la mamá, se le pide "Queremos que usted ya no esté ayudando al niño en esto y eso, "Ya no esté ayudándole a comer" y sí se les está dejando cierta tarea durante el año, sí se les está viendo: cuando recogen al niño, cuando lo traen o cuando ellos tienen algo importante, si hacen una cita, claro que se les ve y se les manda mucho con el médico, porque muchas dudas son sobre el Autismo en sí y entonces mejor pasan con el Doctor y pues ya aclaran dudas o entienden, porque como hay tantos diferentes tipos de niños, igual son los tipos de Autismo, porque aunque todos comparten

la indiferencia, que no se ven que tengan conciencia de lo que hacen, autoconciencia, todo eso lo hay en todos pero cada uno en diferente, puede haber un niño muy berrinchudo, un niño que se golpea, un niño que no logra su atención con nada, que está en la luna, un niño flojo... hay de todo. El niño pone su personalidad en todo.

¿Las terapeutas ya tienen mucho tiempo con ustedes tratando a los niños?

- No, por ejemplo una de ellas es enfermera psiquiátrica, estuvo mucho tiempo en pabellones, donde hay niños crónicos o agudos pero que tienen que estar internados, estuvo en Maternal Terapéutica, que es donde están los niños preescolares que tienen alguna inmadurez y que ya podrían entrar al jardín de niños, ella era coterapeuta hace 14 años, porque en muchas terapias se hacen con dos personas. Al cabo de estar ahí, ella aprendió éste tipo de terapias y casi de ahí fue que paso aca a las terapias de niños autistas.

Al principio, era la parte de enfermería que nos realiza una función muy importante que es, desde el recibir al niño, que llega, se quede con ella, dejen sus cosas, se despida de la mamá; entonces las enfermeras revisan al niño, asean al niño haciendo que estos aprendan. Desde ahí es enseñanza porque, es lo que les digo a ellas, estos niños autistas nunca van a hacer pues ni colegio ni universidad, ni estudio, ni trabajos, pero pueden aprender a valerse por sí mismos, que se asee, pues son

ellas quienes se lo están dando, entonces les digo: "Dejen que lo hagan bien los niños de modo que aprendan", y el dárselos bien implica, dárselo en pasos, a lo mejor hasta 10 pasos puede haber en una actividad como la de lavarse las manos. A la hora de comer, igual, que el niño tome la cuchara, que el niño aprenda, pues es de lo que se trata.

Entonces, ¿El objetivo de la Terapia es que el niño se adapte?

- Sí, que el niño aprenda y que llegue a haber un aprendizaje.

O sea, ¿Realmente van hacia la sintomatología, a quitarla, no a tratar el Síndrome en sí?

- Sí, estamos quitando las conductas autistas que había de inicio, quitando por ejemplo movimientos estereotipados, el niño lo deja de hacer ahora que está atendiendo y ocupando las manos, si lo dejas pues sigue, pero sí le dices: "A ver, ten", de modo que utilice las manos, va dejando de tener ese tipo de conductas de movimientos. Sí estamos quitando todos los síntomas, o sea, tratando. De repente tenemos a un niño que llega y nos dice, "Quiero tal cosa", entonces está hablando en primera persona, está pensando porque el niño está diciendo que quiere algo, entonces ahí está habiendo conciencia y entonces dicen: "Ese niño ya está dando un paso mas grande", pero eso en los que hablan, en los que no hablan no se sabe si se está asimilando.

Entonces, ¿Sobre los Procesos Cognoscitivos que se están reforzando con las terapias, no se sabe realmente, o sí?

- Pues todo ya se sabe mucho tiempo después, o sea, creo que una de las cosas principales del tratamiento es que tiene que haber mucha constancia, repetir diario las mismas cosas, con el tiempo se llega a saber qué avances está teniendo el niño, y avances que no se pierdan, porque hay casos en que hay retrocesos, hay crisis y entonces otra vez, espérate ya no le insistas, déjalo y otra vez o falta el niño, la mamá no lo puede traer o por problemas económicos; pero sí hemos visto que mientras más estructurado esté el programa más se puede estar exigiendo, más al niño; hay que estarlo forzando, porque el niño puede, pero como que no se interesa por nada, ni por juegos ni por nada, pero: "¡Orale!, vamos a jugar!".

Y a Usted, ¿Cómo le afecta estar en contacto con éstos niños?

- Pues si me afecta, he conocido casos muy graves como el de "Lupita", una niña autista que presentaba conductas autoagresivas muy marcadas, era terrible verla llegar con la lengua casi despedazada y la cara amoratada, incluso le pusimos un casco parecido a los de futbol. Cualquier retraso que ellos tengan nos afecta mucho.

Por último, le queremos preguntar que en base a la experiencia que ha tenido como psicóloga, ¿Cuál cree usted que es la causa del Autismo?

- Definitivamente creo que debe existir algún factor orgánico que determine que estos niños sufran autismo.

1 de Diciembre de 1993: En este día de asistencia al hospital, la Psicóloga nos presentó dos videos, uno sobre qué era el Síndrome del Autismo Infantil narrando los síntomas característicos del padecimiento y entrevistando al Subdirector Médico, el cual dio una explicación que se contradecía con lo que ya habíamos leído en su artículo sobre el Síndrome de Rett, Asperger y la Psicosis Simbiótica, es decir, aquí decía que el Autismo abarcaba todos estos síndromes y en el artículo decía que eran diferentes.

En el segundo video, se presentaron entrevistas con varios padres de niños autistas, llamandonos mucho la atención lo que contestaban algunos de ellos, por ejemplo la mamá de uno de ellos decía que tener un hijo autista nunca había representado un problema para ella, el papá de Carlos al que ya habíamos conocido anteriormente, ese día (en el video) iba muy bien vestido como queriendo disimular su verdadera imagen. La mamá de Rosy, manifestó que su hija la ponía nerviosa cuando empezaba a "ponerse rara" y el papá de otro niño al que no conocimos decía estar orgulloso de lo que hacía su hijo. Todas éstas respuestas nos asombraron mucho ya que a nuestro parecer estaban evadiendo lo que realmente sentían al tener un hijo autista. En el momento en que estábamos viendo ésta parte del video, entro la psicóloga y nos dijo que esto le parecía una total negacion de la realidad, lo que nos hizo pensar que cómo era posible que al darse cuenta de esto no lo hilara con lo que era el padecimiento en sí. En éste mismo video se presenta lo que hace un niño a lo largo del día en el Hospital, lo cual corroboramos con nuestras observaciones, lo que encontramos un poco

contradictorio fué que algunas terapeutas aparecían demasiado amables en el video a como nosotros las vimos en el trabajo con los niños.

Posteriormente, la Psicóloga nos dejó consultar tres expedientes clínicos, de Luis, Carlos y otro niño al que no conocíamos. Sólo analizamos el de Luis y Carlos, pero tomamos el caso de éste como representativo.

La Psicóloga se portó muy amable y nos preguntó que cuándo le llevábamos el trabajo para ver si se apegaba a la realidad o no.

19 de Noviembre de 1993: Asistencia al Centro de Autismo dependiente de la SEP. Al llegar nos encontramos con las terapeutas que habíamos visto en el hospital, ellas también nos reconocieron y nos recibieron muy bien. Hay que señalar que las instalaciones son nuevas, ya que recientemente se acaban de cambiar ahí. Nos entrevistamos con la Directora del Centro, la cual no nos permitió grabar, pero algunas de las cosas significativas que nos dijo fueron que acababa de recibir su nombramiento como Directora del Centro y que no tenía ningún material respecto al Autismo Infantil, ya que estos se los habían llevado las psicólogas que estuvieron trabajando previamente con los niños, ya que habían pedido un permiso. También nos dijo que iban a trabajar conjuntamente con los papás lo que en un inicio nos pareció bueno, pero al continuar platicando nos dimos cuenta que ni ella sabía para que quería a los papás. Nos proporcionó bibliografía que contenía textos que nos parecieron con un enfoque conductual y otros como el de Bettelheim que seguramente no entenderían su conceptualización ya que su formación no era psicoanalítica. También nos dió unas tablas de contraste de Síntomas para diagnosticar Autismo, encontrándonos una vez más con preguntas deterministas que no hablan del niño ni de su sufrimiento.

Fué la única vez que asistimos a este centro ya que se nos dijo que empezarían a trabajar normalmente hasta Febrero de 1994.

INDICE ALFABETICO

—A—

Autismo, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16,
17, 19, 20, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 33, 35, 40, 42,
43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 56, 57, 58, 59,
76, 77, 78, 79, 81, 82, 84, 85, 89, 90, 91, 92, 93,
94, 95, 96, 98, 99, 107, 111, 113, 114, 120, 125,
126, 129, 130, 131

—C—

Centro de Autismo, 4, 91, 111, 131

—D—

Diagnóstico, 8, 19, 26, 28, 36, 57, 60, 75, 77, 78,
80, 81, 82, 88, 93, 95
Dialéctica, 11, 12, 30, 42, 43, 44, 45, 47, 54, 56, 78
Doltó, 3, 58, 86, 95

—F—

Familia, 5, 6, 8, 9, 12, 17, 22, 33, 44, 45, 46, 47, 56,
58, 59, 60, 70, 72, 76, 79, 84, 89, 92, 94, 126
Foucault, 15, 28, 57, 96
Freud, 2, 5, 43, 49, 50, 55, 95, 96

—H—

Hospital, 2, 3, 4, 8, 9, 12, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 57,
58, 59, 60, 63, 77, 81, 83, 91, 93, 98, 99, 100,

101, 102, 104, 108, 109, 110, 111, 115, 118, 120,
125, 130

—I—

Institución, 2, 6, 8, 9, 11, 12, 29, 30, 31, 32, 34, 56,
58, 60, 88, 99, 100

—K—

Kanner, 16, 17, 19, 23
Klein, 3, 48, 96, 99

—L—

Lenguaje, 16, 37, 87, 119

—M—

Mahler, 3, 50, 51, 52, 53, 91, 96, 98, 99
México, 1, 2, 28, 29, 31, 33, 42, 54, 56, 57, 58, 62,
72, 93, 95, 96

—P—

Personalidad, 62
Pichón Rivière, 3, 5, 46, 47, 54, 55, 79, 97
Psicoanálisis, 42, 43, 55, 58, 95, 97
Psicología Social, 1, 12, 44, 55, 97
Psicosis, 3, 5, 18, 23, 33, 34, 35, 52, 58, 59, 81, 82,
85, 91, 96, 99, 100, 113, 114, 130
Psicosocial, 98

Psiquiatría, 1, 13, 17, 19, 23, 26, 29, 30, 31, 32, 33,
42, 55, 57, 58, 77, 78, 80, 97, 120

—S—

Simbiosis, 50, 96

Socialización, 32, 37

—T—

Tratamiento, 33